

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

n°

738

T H E S E

pour

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

GAUTH E Jean

Ancien Interne des Hopitaux de Paris

né le 13 novembre 1927 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le

1963

L'ABSENCE CONGENITALE DE VAGIN

ET SON TRAITEMENT

Président : Monsieur le Professeur Marcel ROUX

Année 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

JEAN GAUTHÉ

né le 13 novembre 1927 à Paris
Ancien Interne des Hopitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

1963

L'ABSENCE CONGENITALE DE
VAGIN ET SON TRAITEMENT

Président : Monsieur Marcel ROUX, Professeur.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR Jean VERNE
2ème ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. - PROFESSEURS

I^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie

DELMAS A.

Anatomie pathologique

DELARUE J.

Anesthésiologie

BAUMANN J.

Biochimie médicale

{ JAYLE M-F
{ SCHAPIRA G.

Biologie appliquée à l'Education physique
et aux Sports

CHAILLEY-BERT

Biologie médicale

FAUVERT R.

Cancérologie médicale et sociale

BERNARD J.

Embryologie

GIROUD A.

Histoire de la médecine et de la chirurgie
(Lariboisière)

N...

Histologie

VERNE J.

Hygiène et médecine préventive

JOANNON P.

Médecine du Travail

DESOILLE H.

Médecine légale

PIEDELIEVRE R.

Microbiologie (Bactériologie et virologie)

FASQUELLE R.

Parasitologie

GALLIARD H.

Pathologie chirurgicale

HUGUIER J.

Pathologie exotique

LAVIER G.

Pathologie expérimentale et comparée

MERKLEN F-P.

Pathologie médicale

MILLIEZ P.

Pathologie respiratoire

TURIAF J.

Pathologie et thérapeutique générales

BOUDIN G.

Pharmacologie

CHEYMOL J.

Physiologie

{ BINET L.
{ BARGETON D.

Physiologie et pathologie obstétricale

LEPAGE F.

Physique médicale

{ DOGNON A.
{ DJOURNO A.

Radiologie médicale

DESGREZ H.

Technique chirurgicale et Chirurgie
expérimentale

N...

Thérapeutique

CONTE M.

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale

{ DESGREZ P.
{ POLONOVSKI J.

Biologie médicale

BOURLIERE F.

Embryologie

TUCHMANN H.

Hygiène et médecine préventive

DEPARIS M.

Parasitologie

BRUMPT L-C.

Pathologie chirurgicale

LAURENCE G.

Pharmacologie

LEVY Melle J.

Physiologie

PARROT J.

Physique médicale

KELLERSHOHN

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)

REDON H.

Clinique cardiologique (Broussais)

MOUQUIN M.

(Beaujon

LORTAT-JACOB

(Cochin

LEGER L.

(Hôtel-Dieu

PATEL J.

Cliniques chirurgicales (Pitié

CORDIER G.

(Saint-Antoine

GOSSET J.

(Salpêtrière

SICARD A.

(Tenon

OLIVIER Cl.

Clinique de chirurgie infantile et orthopé-
dique (Enfants malades)

FEVRE M.

Clinique chirurgicale orthopédique et
réparatrice (Cochin)

MERLE D'AUBIGNE

Clinique de chirurgie cardio-vasculaire
(Broussais)

GAUDART d'
ALLAINES (F.de)

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire
(Laennec)

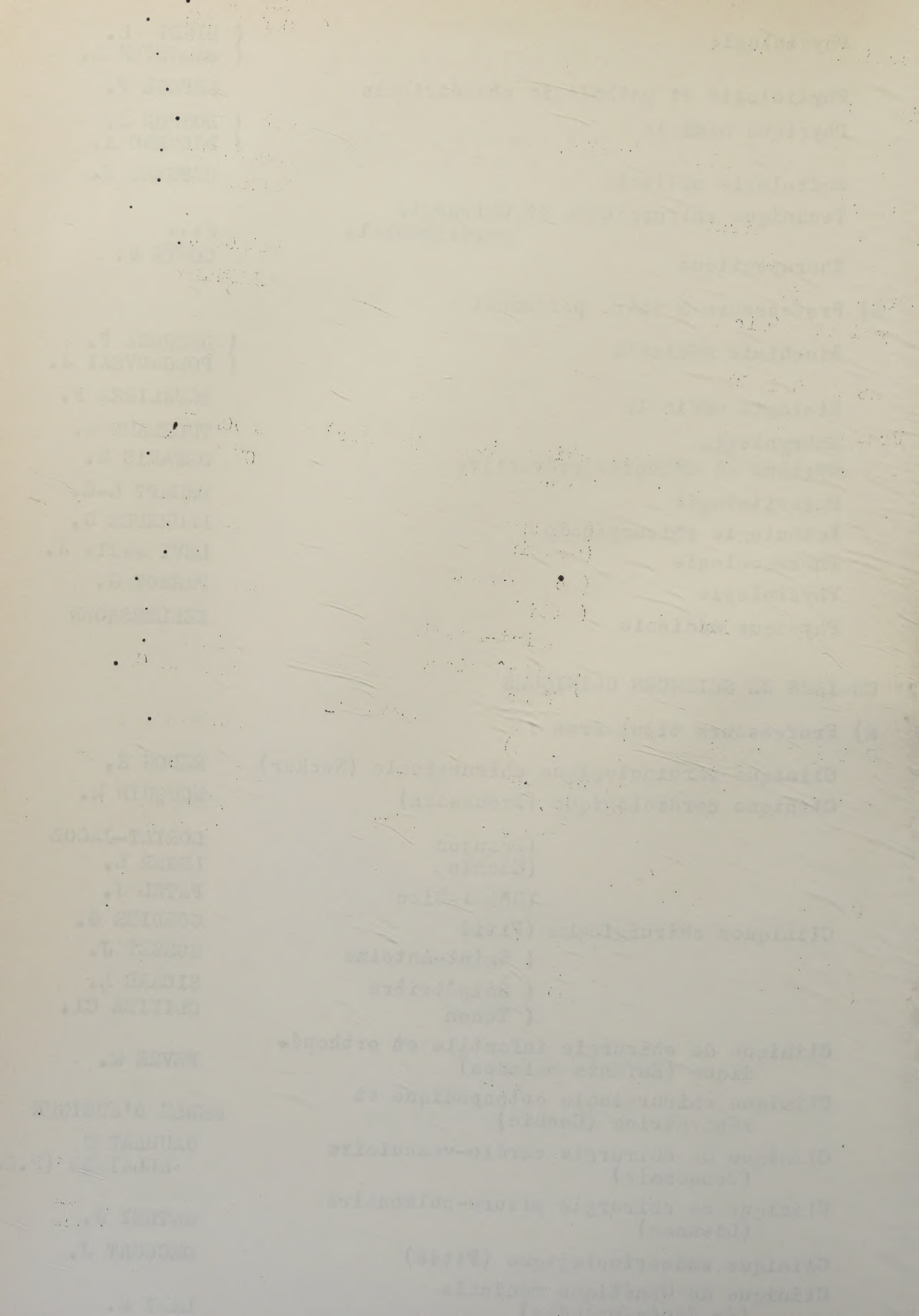
MATHEY J.

Clinique endocrinologique (Pitié)

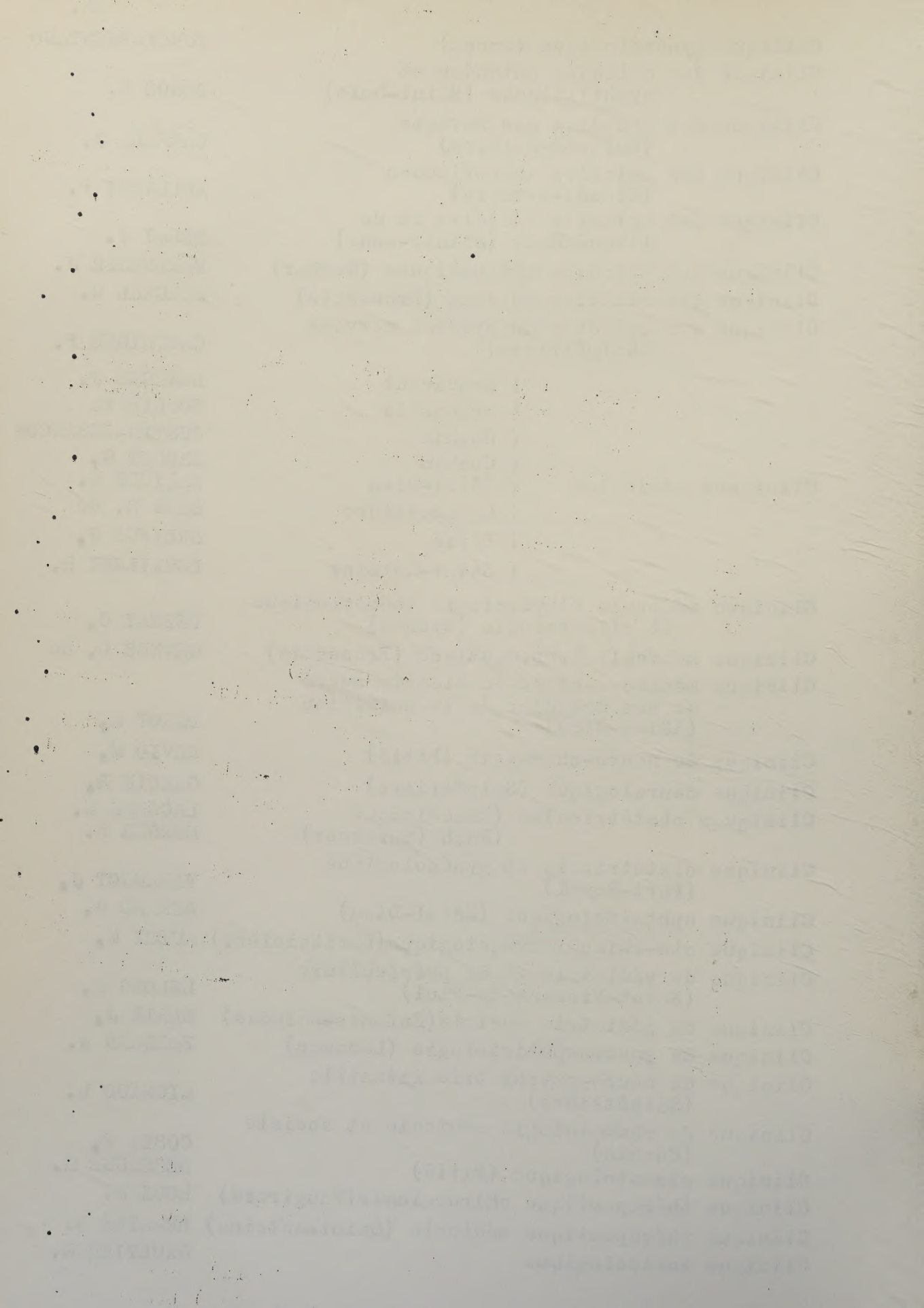
DECOURT J.

Clinique de Génétique médicale
(Enfants-Malades)

LAMY M.



Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Lais)	DEGOS R.
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA J.
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET P.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY J.
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER J.
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL G.
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE P.
(Boucicaut	LENEGRE J.
(Broussais	SOULIE P.
(Cochin	JUSTIN-BESANCON
(Cochin	BROUET G.
Cliniques médicales (Hôtel-Dieu	BARIETY M.
(Lariboisière	SEZE S. de
(Pitié	DREYFUS G.
(Saint-Antoine	KOURILSKY R.
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY C.
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES L. de
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT M.
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID M.
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN R.
Cliniques obstétricales (Baudelocque (Foch (Suresnes)	LACOMME M.
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER R.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT J.
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD G.
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY M.
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	LELONG M.
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MARIE J.
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BERNARD E.
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUD L.
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE F.
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME M.
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	ROUX M.
Clinique toxicologique	LEMAIRE A.
	GAULTIER M.



Clinique traumatologique
 Séméiologie médicale
 Séméiologie et clinique chirurgicales
 Clinique urologique (Necker)
 Hygiène et clinique de la première enfance

MM.
 PADOVANI P.
 DOMART A.
 POILLEUX F.
 COUVELLAIRE R.
 TURFIN R.

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine

(BOUR H.
 (LHERMITTE F.
 (PEQUIGNOT H.

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
 AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES -
 AGREGES

Anatomie	CABROL C. COUINAUD C. GILLOT C. OLIVIER G.	Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS pr. s. ch. ABELANET R. BUSSE F. CHOMETTE G. GOUYGOU Ch m. conf. NEZELOFF Ch. ORCEL L. PAILLAS J.	Carcinologie Dermato- Syphiligraphie Electro- Radiologie Hematologie	PLAS F. BOIRIN M. DENOIX P. MATHE G. SELIGMANN M. CIVATTE J. DUPEL RAT B.
Anesthésiologie	KERN E. VOURC'H G.		LEDOUX-LEBARD BESSIS M. EILSKI-PASQUIER G.
Bactériologie	BARBIER P. CHRISTOL D. LE MINOR L. TOURNIER P.	Histologie	DAUSSET J. DUEAMEL G. COUJARD R. pr. s. ch. MAROIS M. RACADOT J.
Biochimie médicale	BAULIEU E. m de conf. BOURILLON R. CARTIER DREYFUS J.C1. GONNARD KRUEH J. JEROME H.	Hydrologie Hygiène	BESANCON F. CORNET BOYER J. pr. s. ch. BLANCHER G. CORRE-HURST L. SAPIN-JALCUSTRE H.

MM.

Maladies infectieuses

Médecine légale

Médecine du travail

Neuro-chirurgie

Obstétrique

Ophtalmologie

Orthopédie

Oto-rhino-
Laryngologie

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

BASTIN R.
DUPONT V.
DEROBERT
pr. s.ch.
FOURNIER E.
GUENIOT M.
HADENGUE A.

HALBAHARY C.
PERTUISET B.
GRANJON A.
HERVET E.
LE LORIER G.
LEVY J.
MORIN P.
MUSSET R.
ROBEY M.
SENEZE J.
SUREAU C.
THOYER-ROLAT

EREGEAT P.
DUBOIS A.
SARAUX H.

JUDET R.
MEARY R.
POSTEL M.
RAMADIER J.

DEBAIN J.
FIALOUX P.
GOLVAN Y.
LAPIERRE J.

BARCAT J.
BINET J.F.

CAUCHOIX J.
CERBONNET G.
CHATELIN C.L.
DUBOST Ch.
DUBOST Cl.
FAUREL J.
FLABEAU F.
GARBAY ...
GARNIER H.
GAUDART-D'ALLAINES
GERMAIN A.
LATASTE J.
LEVEQUE B.
LOYGUE J.
MERCADIER M.

Pathologie chirurgicale (suite)

Pathologie
exotique
Pathologie
expérimentale

Pathologie
médicale

MM.

NATALI J.
PELLERIN D.

PERROTIN J.
ROBERT H.
THOMORET G.

SCHNEIDER J.
BENHAMOU J.P.
BERTHAUX P.
BOIVIN P.
CROSNIER J.
HARTMANN L.
LOEPER J.
LAURICE J.
MIKOL Cl.
RICHTET G.
AUSSANNAIRE M.
BOUVIER J.

BOUVRAIN Y.
BRICAIRE H.
BRISSAUD H.

BROCARD H.
BUGE A.
CATINAT J.
CHRETIEN J.

COBLENTZ B.
CONTAMIN F.
COURY C.
ETIENNE J.P.

FREZAL J.
FRITEL D.

HENIEQUET A.
HIMBERT J.
FOUSSET E.
LAROCHÉ El.
LESOBRE R.
MACREZ C.
MOREAU L.
NICK J.
ROYER P.
TOURNEUR L.
WOLFROMM R.

	MM		MM.
Pédiatrie	JOSEPH R.	Pneumo-	KREIS B.
Puériculture	LAFOURCADE J.	phtisiologie	MYER A.
	LEPERCQ G.		RENAULT P.
	MANDE R.	Psychiatrie	PICHOT P.
	MOZZICONACCI P.	Psychiatrie	DENIKER P.
	POLONOVSKI C.	infantile	DUCHE D.
	ROSSIER A.		FLAVIGNY H.
	VIALATTE J.		LAPRESLE J.
Pharmacologie	BOISSIER J.	Rhumatologie	DELBARRE F.
	LECHAT P.	Stomatologie	CERNEA P.
	BARRES G.		CHAPUT A.
	DEJOURS P.		m.c.agr.
	DURAND J.		GRELLET M.
	GIRARD	Thérapeutique	CHASSAGNE P.
	m.conf.		LAMOTTE M.
	HUGELIN A.		MARCHE J.
	SCHERRER J.	Urologie	AUVERT J.
Physique médicale	CHANTEUR J.		MOULONGUET A.
	COUGEROT L.		QUENU L.
	m.conf.pr.s.ch;		
	GREMY F.		
	MILHAUD G.		
	PELLERIN P.		
	ROUCAYROL J.C.		
	TUBIANA M.		
	m.conf.		

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

Anatomie	DEBEYRE J.	Clinique Ophtal-	DESVIGNES P.
Clinique chirurgicale	ABOULKER P.	mologique	OFFRET G.
	AMELINE A.	Clinique oto-rhi-	
	pr.s.ch.	no-laryngolo-	
	VERNE	gique	MADURO R.
Clinique médicale	PERRAULT M.	Clinique pédia-	
	RAMBERT P.	trique et puér.	LAFLANE R.
	THIEFFRY S.	Clinique psych.	BARUK H.
Clinique Obstétricale	GRASSET J.	Clinique urolog.	KUSS R.
	MAYER M.		

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY P.	Pathologie	RUDLER J.
	pr. d. ch.	chirurgicale	pr. s. ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET
UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI E.
LAUNAY C.

Secrétaire général de la Faculté
Secrétaire principal
Conservateur en Chef de la Biblio-
thèque - Conservateur du Musée
d'Histoire de la Médecine
Conservateur
Bibliothécaires

M. LENA J.
Mlle CHAINTREUIL G.

M. le Dr HAHN A.
Mlle DUMAITRE P.
Mmes CONTET J., FORGET F.
Miles LAURENT H., LENCIR G.
et. QUIEVREUX E.

ooooo00000000

A ma femme,

A mes parents,

A ma fille,

A Monsieur le Professeur Marcel ROUX
Chirurgien des hopitaux de Paris
Professeur de Clinique Thérapeutique
Chirurgicale à la Faculté.

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En témoignage de reconnaissance pour le
remarquable enseignement qu'il m'a donné
pendant mon externat et mon internat.
Avec mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Maurice CHAMPEAU

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

qui a bien voulu me donner le sujet de cette thèse.

Il m'a appris à ne jamais négliger l'essentiel au profit de l'accessoire, à attaquer de front les difficultés, à tirer profit des échecs.

Faible témoignage de gratitude pour tout ce que je dois à la richesse de son enseignement, à l'extrême qualité de son exemple, à la bienveillance qu'il m'a témoignée dans son service, comme en d'autres circonstances.

A Monsieur le Professeur Agrégé Charles-Louis CHATELIN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Mon passage dans son service fut trop court, il m'enseigna patiemment, au dépens de son temps et en toutes circonstances, beaucoup de ce que je sais. Sa grande gentillesse n'a pour moi d'égale que la perfection de la chirurgie qu'il fait et qu'il enseigne. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de mon profond et respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur César NARDI

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

En méconnaissant volontairement certains de mes échecs
il me donna le plus précieux des encouragements.
En guidant mes premiers pas chirurgicaux, il me
permit d'admirer sa technique et d'apprécier chaque
jour davantage la sagesse de ses conseils.
En témoignage de reconnaissance et de gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean CELICE

Médecin des Hôpitaux de Paris

Il m'a largement prodigué l'affection paternelle
qu'il portait à ses élèves.
Faible témoignage de reconnaissance pour tout ce
que je lui dois.

A Monsieur le Professeur Jean SENEQUE

Membre de l'Académie de Médecine

Il m'a donné le goût de la chirurgie.
Je n'ai malheureusement pas pu être son interne.
En remerciement de la bienveillante affection
qu'il m'a toujours témoignée.
Avec mon profond respect.

A mes Maîtres d'Internat

Monsieur le Docteur G. SEILLE,
Monsieur le Professeur Agrégé J. THOYER - ROZAT,
Monsieur le Docteur C. NARDI,
Monsieur le Professeur Agrégé M. ROBEY,
Monsieur le Professeur J. PATEL,
Monsieur le Docteur M. CHAMPEAU,
Monsieur le Professeur M. ROUX,
Monsieur le Professeur Agrégé C.L. CHATELIN,

En témoignage de gratitude pour
leur enseignement.

A mes autres Maîtres des Hôpitaux

Monsieur le Docteur J. SENEZE
Gynécologue accoucheur des Hopitaux de Paris
Professeur Agrégé à la Faculté

Monsieur le Docteur J. VALIDIRE
Chirurgien des Hopitaux de Paris

Monsieur le Docteur R. GIRAUD
Gynécologue accoucheur des Hopitaux de Paris

Monsieur le Docteur J. LATASTE
Chirurgien des Hopitaux de Paris
Professeur agrégé à la Faculté

Monsieur le Docteur M. GARBAY
Chirurgien des Hopitaux de Paris
Professeur Agrégé à la Faculté

En témoignage de reconnaissance pour
leur enseignement.

A tous ceux qui m'ont instruit et guidé au cours de mon internat

Monsieur le Docteur F. DUBOIS

Monsieur le Professeur Agrégé J.M. CORMIER

Monsieur le Docteur J. PINEAU

Monsieur le Docteur J. CHABROL

Monsieur le Docteur M. ARSAC

A mes Maîtres d'Externat

Externat en premier

Monsieur le Professeur DESGREZ

Monsieur le Professeur agrégé G. LEDOUK-LEBARD

Monsieur le Docteur SURMONT

Monsieur le Professeur Agrégé P.F. DENOIX

Monsieur le Docteur J. CELICE

Monsieur le Professeur Agrégé F. PLAS

Monsieur le Docteur P. AUBERT

Externat

Monsieur le Professeur J. PATEL

Monsieur le Docteur E. BOLTANSKI

Monsieur le Professeur S. SENEQUE

Monsieur le Docteur D. MOREL-FATIO

Monsieur le Professeur J. VARANGOT

Monsieur le Doyen L. BINET

Monsieur le Professeur H. BOUR

Monsieur le Professeur T. ALAJOUANINE

Monsieur le Professeur P. CASTAIGNE

Monsieur le Professeur F. LHERMITTE

L'ABSENCE CONGENITALE DE VAGIN ET SON TRAITEMENT

GENERALITES.

Parmi les malformations congénitales de l'appareil génital de la femme, l'absence de vagin prend une place de choix et intéresse au premier chef le chirurgien, en raisons des techniques chirurgicales nombreuses et variées, qui peuvent être employées dans le but de créer un néo-vagin.

Une thèse relativement récente, celle de MALINAS (1951), fait une mise au point approfondie et très complète des connaissances sur l'absence congénitale de vagin, et tend à proposer comme traitement électif le clivage vésico-rectal simple ou suivi de greffes de peau mince.

Le Congrès de Gynécologie de Bruxelles de 1955 fut consacré en partie au néo-vagin; peu de choses nouvelles y furent apportées depuis la thèse de MALINAS; on constate cependant à la lecture du rapport, ainsi que dans des publications plus récentes, l'essor progressif pris en France par les greffes de peau mince dans le traitement de l'absence de vagin.

Dans la thèse de MALINAS, comme au Congrès de Bruxelles, qui groupaient surtout les auteurs de langue française, la majorité des auteurs repoussent l'utilisation du gros intestin comme mode de traitement, non pas parce

que les résultats en sont fonctionnellement mauvais, bien au contraire, mais parce que cette chirurgie serait grevée d'un risque opératoire en disproportion avec le but recherché.

Nous vous proposons, dans ce court travail, de montrer que le rejet de cette méthode ne nous paraît pas justifié.

En effet, dans les pays de langue allemande et dans les pays de l'Est de l'Europe, cette méthode, loin d'être rejetée, est au contraire la méthode de choix, et les auteurs qui prônent cette méthode le font pour deux raisons :

- la qualité des résultats fonctionnels d'une part,
- le très faible danger de cette chirurgie entre les mains d'opérateurs entraînés à la chirurgie colique d'autre part.

Nous ne prétendons pas démontrer que la plastie sigmoïdienne est toujours la meilleure technique, ni qu'elle est possible dans 100 % des cas, mais nous pensons que, sur le plan fonctionnel, elle est sûrement, avec la plastie rectale, l'une des meilleures méthodes, qu'elle est non pas toujours mais presque toujours réalisable, qu'enfin, en s'entourant des précautions nécessaires que nous développerons, elle n'est pas dangereuse.

Disons tout de suite qu'il n'est pas justifié de prendre les chiffres de mortalité de la chirurgie colique en général et de dire que de tels risques ne peuvent être pris pour reconstituer un vagin, car ces chiffres sont ceux de la chirurgie du colon malade, chirurgie du cancer

surtout. Ce ne sont pas des chiffres de colectomie sur colon sain, ce qui est le cas de la plastie vaginale par le sigmoïde.

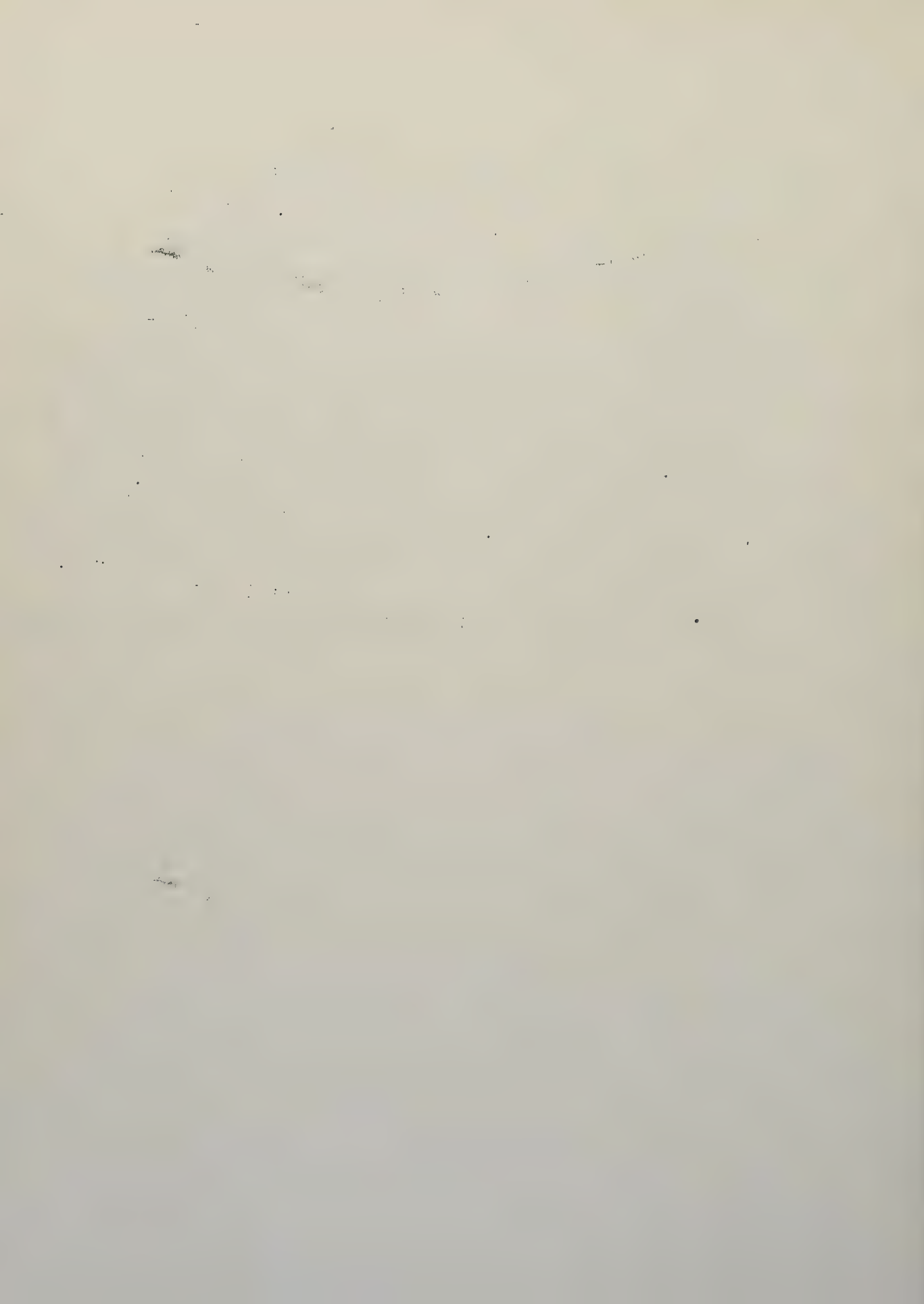
En outre, nul ne nie le grand confort actuel que la bonne préparation, les progrès techniques, ont apporté à la chirurgie du colon même malade. N'a-t-on pas vu récemment publier des statistiques de colectomie idéale pour cancer en sub-occlusion ou en occlusion. Ces audaces ne montrent-elles pas que la chirurgie colique n'inspire plus les craintes justifiées d'autrefois ? De tels faits, indiscutables, nous font penser que la chirurgie colique sur colon normal ne se heurte plus, pour être sans danger, qu'au seul problème vasculaire; problème de taille, certes, mais souvent exagérément grossi et qu'une bonne technique bien choisie et surtout pratiquée par un chirurgien rompu à la chirurgie colique doit surmonter. En un mot, nous pensons qu'en de bonnes mains, le risque opératoire, argument majeur contre la méthode, est bien minime.

Dès lors, pourquoi refuser cette chirurgie fonctionnellement excellente alors qu'on accepte bien volontiers, par exemple, de réséquer une anse grêle pour un diverticule de Meckel découvert à l'occasion d'appendicectomie sans avoir à s'en plaindre ou qu'on accepte bien souvent un risque opératoire plus grand pour de nombreuses affections n'ayant que des conséquences fonctionnelles.

Nous vous proposons donc ce travail :

- 1°) - de résumer les principales notions anatomiques, cliniques embryologiques, concernant l'absence de vagin, toutes ces notions étant parfaitement exposées dans la thèse de MALINAS ;
- 2°) - d'insister plus particulièrement sur les méthodes thérapeutiques et de défendre un type d'intervention qui en France est l'exception, qui dans d'autres pays est la règle, qui est fonctionnellement excellent, qui enfin, ne présente pas le danger qu'invoquent les auteurs qui s'y opposent.

Nous voulons dire la plastie vaginale à l'aide du sigmoïde.



HISTORIQUE

Bien que très rare dans l'aplasie vaginale, c'est à l'hématométrie que l'on doit l'isolement du syndrome aplasie vaginale dont le premier cas reconnu reviendrait à REALDUS COLOMBUS en 1572.

C'est également à l'existence d'hématométrie, dont la gravité forçait au traitement évacuateur, que l'on doit la première tentative de clivage uréthro-vésico-rectal qui aurait été pratiqué par DEHAEN en 1761, avec décès de la malade.

Par la suite, on appris à mieux connaître l'aplasie vaginale dans les consultations de gynécologie, non plus seulement à l'occasion d'hématométrie qui, répétons-le, est exceptionnelle dans l'absence congénitale du vagin, mais à l'occasion, c'est le cas le plus fréquent, d'aménorrhée.

I.- La première tentative certaine de traitement chirurgical d'absence de vagin, là encore à l'occasion d'hématométrie, revient à DUPUYTREN en 1817. Il pratique un clivage uréthro -vésico-rectal et il maintient ouverte la cavité ainsi créée à l'aide d'un méchage.

L'évolution en est fatale par infection.

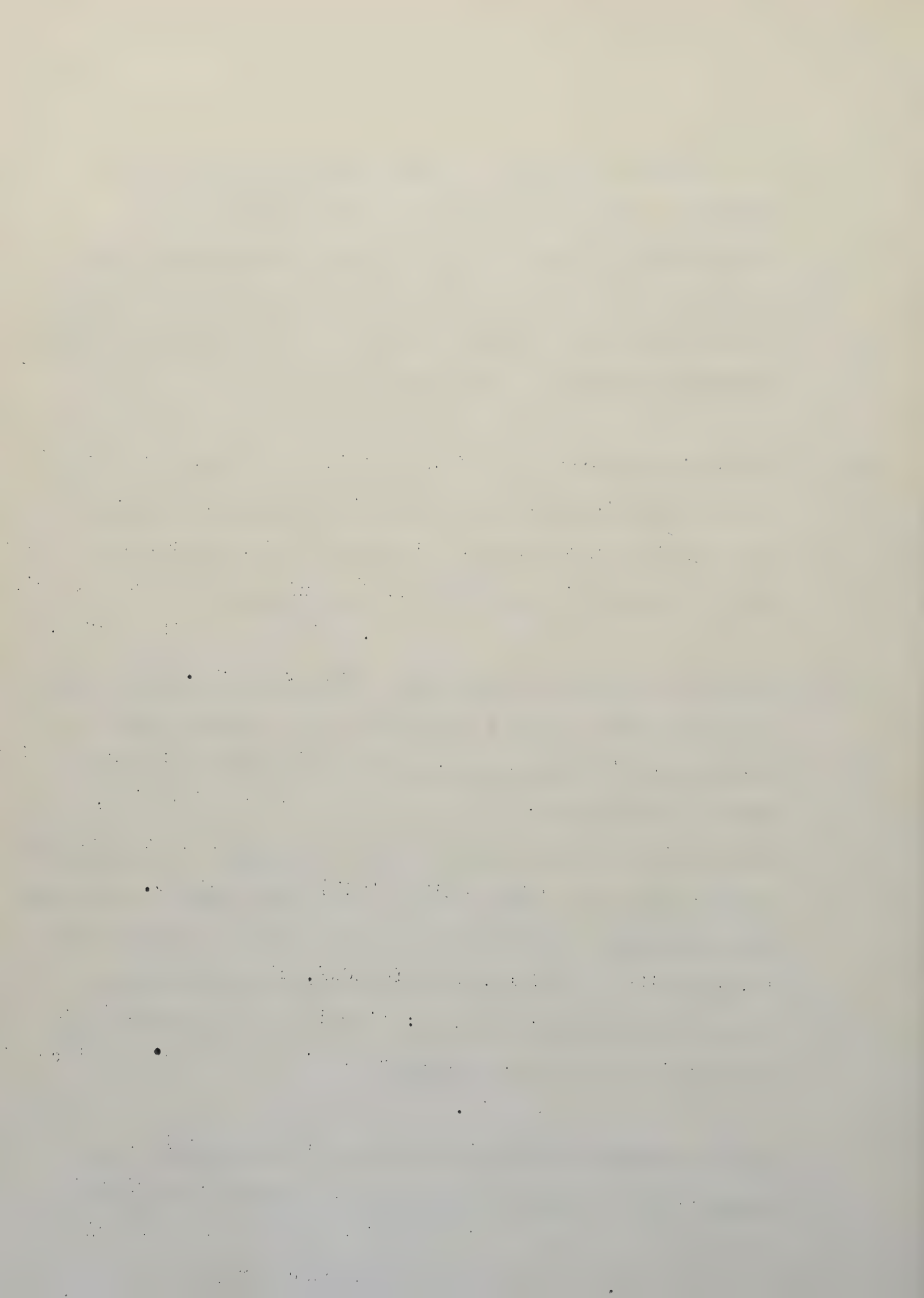
Les tentatives suivantes par voie sanglante furent pratiquement toutes vouées à l'échec.

II. - C'est pourquoi en 1832, AMUSSAT opère non pas par voie sanglante, mais par dépression progressive avec des instruments mousses. C'est le premier promoteur de cette méthode, dite méthode FRANCK, qui semble retrouver actuellement un regain de jeunesse, puisque en 1961, MUSSET, HERVET, LEFEBVRE et FONTAN en publient trois cas.

III. - En 1872, HEFFNER tente, le premier, de tapisser le clivage uréthro-vésico-rectal par des lambeaux pédiculés, méthode qui sera longtemps suivie, à laquelle s'attacheront les noms de FRANCK et GEIST (1927) et de SICARD.

IV. - En 1904, BALDWIN, en 1910 MORI, utilisent une méthode dont la faveur sera grande : l'abaissement au périnée dans le clivage uréthro-vésico-rectal d'une anse grêle qui constituera le néo-vagin.
Leurs noms restent attachés à cette technique de colpoplastie. Cette méthode fut très employée mais donna bien des déboires aux auteurs qui l'utilisaient et aux malades qui la subissaient; elle a actuellement beaucoup perdu de terrain, malgré les artifices multiples employés pour pallier à ses inconvénients et à ses dangers.

V. - En 1911, SCHUBERT décrit sa méthode de transplantation rectale dont le succès fut grand en raison de l'excellent



résultat fonctionnel obtenu. COTTE et SANTY en France en 1948 publient les résultats obtenus dans 12 cas d'aplasie vaginale totale, en utilisant la technique de SCHUBERT modifiée par eux. Leurs résultats sont excellents et semblent être en France les meilleurs sur le plan fonctionnel à cette date.

VI. - En 1911, ALBRECHT par voie sacrée, RUGE par voie abdominale en 1913, utilisent les premiers l'anse sigmoïde pour tapisser le clivage uréthro-vésico-rectal. Ils ne seront pas suivis en France puisque en 1955 il n'avait été publié qu'un seul cas français de plastie vaginale à l'aide du sigmoïde (H.G. ROBERT).

Cependant en 1939, BOHDAN HEJDUCK relevait dans la littérature étrangère, 25 cas publiés de colpoplastie à l'aide du sigmoïde et cette technique est très répandue en Allemagne.

VII. - FLYNN en 1915, KISCHNER et WAGNER en 1930, puis Mac INDOE et BANNISTER en 1938, tapissent la cavité créée par clivage uréthro-vésico-rectal par une greffe de peau mince maintenue en place par un mandrin. Cette méthode, dite de Mac INDOE est actuellement celle qui est la plus pratiquée en France (CORDIER, MALINAS, THOYER-ROZAT, VILLAIN).

VIII. - BRINDEAU en 1935, propose de substituer la greffe de membranes ovulaires à la greffe de peau mince ; cette méthode est pratiquement abandonnée aujourd'hui.

IX. - Enfin GOMBAROW en 1933, propose le simple clivage uréthro-vésico-rectal maintenu ouvert par une prothèse, reprenant ainsi ce qu'avait fait DUPUYTREN. Cette méthode de simple clivage fut suivie par MULLER, COUNSELLER, SICARD, CORDIER et MALINAS, ainsi que AMELINE.

Voilà en résumé, l'historique de l'absence congénitale de vagin qui est surtout émaillée de nombreuses tentatives chirurgicales, beaucoup plus que de descriptions cliniques, d'explications embryologiques, ou d'études sur sa place dans l'ensemble des malformations, toutes choses dont la mise au point faites par MALINAS ne demande plus guère de complément.

CLINIQUE

L'examen clinique des malades atteintes d'aplasie vaginale revêt une grande importance. En effet, il importe, avant de choisir et de proposer une modalité thérapeutique, d'être parfaitement renseigné sur l'anomalie elle-même, partielle ou totale, sur les anomalies si fréquemment associées qui peuvent influencer sur la décision à prendre, enfin sur l'équilibre psychique, le libido, l'utilisation prochaine d'un néo-vagin. Faute de quoi on s'exposerait à des échecs thérapeutiques.

I. - Les circonstances de découverte

Elles sont très variables mais il est bien évident que c'est :

- a) l'aménorrhée primaire qui est la cause la plus fréquente de découverte de l'aplasie vaginale totale. L'aménorrhée est en effet constante et cela suffit pour que la malade aille consulter. Cela ne veut pas dire que le diagnostic soit toujours porté pour autant, faute d'examen, faute de rechercher une anomalie génitale ; il faut en effet savoir que bien des aménorrhées primaires n'ont été rattachées à leur cause que tardivement, après de multiples tentatives, souvent prolongées des mois ou des années, de traitement hormonal. C'est l'échec de tels traitements, dont on conçoit

qu'ils ne sont pas inoffensifs, qui, amenant à un examen plus approfondi, conduit à découvrir l'anomalie vaginale. Cette insuffisance d'examen est trop regrettable et malheureusement trop fréquente pour que l'on n'y insiste pas et que l'on ne rappelle une fois de plus que toute aménorrhée impose un examen vulco-vaginal.

C'est donc habituellement vers 14 à 16 ans que la mère amène sa fille, parce qu'elle s'inquiète de ne pas la voir réglée et que l'examen doit révéler l'aplasie vaginale.

b) Dans d'autres cas, c'est à l'occasion de douleurs abdomino-pelviennes que l'on est amené à porter le diagnostic.

- tantôt parce qu'un traitement hormonal intensif, appliqué sans examen suffisant et dans le but de faire apparaître les règles est la cause d'un dysfonctionnement ovarien d'expression aiguë, pseudo-chirurgical ou même nettement chirurgical.

- tantôt parce que l'existence d'un utérus fonctionnel entraîne une hémorragie menstruelle douloureuse mais incluse dans la cavité utérine, réalisant ainsi une hématométrie avec douleurs cycliques. Ces faits sont en réalité fort rares. Il est bien évident que là encore, seul l'examen génital complet permettra de ne pas porter par négligence le diagnostic de troubles fonctionnels pubertaires.

- En outre, les douleurs pelviennes cycliques, en l'absence même d'utérus fonctionnel ou d'hémanométrie sont assez fréquemment retrouvées (MOCQUOT) en rapport probablement avec le seul fonctionnement ovarien.

- c) Très rarement, quelques cas ont été signalés, c'est à l'occasion d'hématurie que le diagnostic a pu être porté, le caractère cyclique de cette hématurie ayant conduit à rechercher une fistule vésico-utérine.
- d) Très rarement également, il peut s'agir de rectorragies cycliques par fistule utéro-rectale, à différencier d'une endo-métriase colique.
- e) Parfois ce sont des malformations réno-urétérales, révélées par une urographie pratiquée pour d'autres raisons, qui attirent l'attention. L'association de ces deux types de malformations est tellement fréquente que l'une impose la recherche de l'autre et vice et versa. Nous y reviendrons dans un chapitre spécial.
- f) Malgré ce que cela peut avoir de paradoxal, il arrive que ce soit après leur mariage et parfois longtemps après,

que ces malades viennent consulter:

- soit parce que le coït, incomplet, est douloureux ;
celà se conçoit aisément si l'on songe qu'on a signalé des cas de coït urétro-vésical avec dilatation urétrale accompagnée d'incontinence et de cystite, des cas de coït anal avec lésions d'ano-rectite ou de plus banal coït incomplet vulvaire douloureux ; c'est après le mariage la cause la plus fréquente de découverte de l'anomalie.

II. - L'examen clinique

1^o) L'interrogatoire recherchera l'existence dans la famille d'anomalie génitale en sachant qu'on ne retrouve habituellement rien de semblable, aucun caractère héréditaire ou familial, encore que des anomalies des proches aient pu être retrouvées, mais sans que leur nombre puisse faire intervenir un facteur autre que le hasard.

2^o) Le psychisme de la malade requiert une attention toute particulière. En effet, seules les malades parfaitement équilibrées sur le plan psychiques comprendront les risques éventuels de la chirurgie, le caractère habituellement seulement anatomique de la reconstitution, donc l'absence de règles et

la stérilité définitive, enfin et surtout la nécessité de soins post-opératoires minutieux dont l'essentiel est l'utilisation rapide de néo-vagin créé. Ce sont ces malades équilibrées, peu perturbées psychiquement par leur anomalie, qui apporteront au chirurgien ses meilleurs succès. Il n'en est pas de même des malades au psychisme instable qui, tantôt déprimées jusqu'au suicide par leur malformation, tantôt repoussant toute idée de traitement, seront de celles qui réclament un jour impérieusement la création d'un néo-vagin pour ensuite ne le jamais utiliser. Il est bien certain que de telles malades seront bien souvent à inscrire au passif de la chirurgie. Il va donc de soi que toute tentative de traitement devra être précédé d'une confrontation et d'une mise au point précise entre le chirurgien, la malade et son mari ou fiancé, précisant bien que le néo-vagin devra d'une part, être utilisé rapidement, d'autre part, ne donnera pas issue à des règles et ne sera pas la voie d'un accouchement.

- 3°) Le dernier point essentiel à préciser par l'interrogatoire sera le degré du désir sexuel de la malade et l'orientation normale de ce désir afin de ne pas créer un néo-vagin sans emploi.

4°) L'aspect général de la malade. Il est dans l'ensemble typiquement féminin, ainsi qu'en témoignent des seins normaux, le système pileux, la répartition de la graisse sous-cutanée, la voix.

5°) L'examen génital montre des grandes lèvres et des petites lèvres normales, le clitoris est le plus souvent normal mais le méat urétral est souvent assez postérieur et très éloigné du clitoris, situation qui explique assez bien les cas de coït intra-urétrale. L'hymen existe de façon constante (CORDIER) et explique peut-être qu'un examen rapide puisse passer à côté de l'anomalie génitale.

Le toucher rectal, tantôt se contente de noter l'absence d'utérus perceptible, tantôt trouve devant la face antérieure du rectum un petit nodule dur correspondant à un petit utérus atrophique. Les ovaires seront le plus souvent perçus normaux. Parfois le toucher rectal associé au palper abdominal montre l'existence d'une grosse masse pelvienne ; il peut s'agir d'hématométrie, masse haut située, médiane, arrondie et mobile, n'empêchant pas de sentir latéralement les ovaires. Ce peut être une hémato-salpynx perçue d'un côté du pelvis, ce peut être enfin un hémato-colpos si l'aplasie vaginale incomplète laisse au-dessous du col une petite portion vaginale.

Enfin, devant la perception d'une grosse masse pelvienne, il faut systématiquement penser à la possibilité d'une ectopie rénale qui sera à explorer par urographie.

Il est inutile d'insister sur la nécessité de préciser le diagnostic d'utérus atrophique ou au contraire d'hématométrie ou de rein pelvien, car le programme thérapeutique sera différent dans ces divers cas. C'est également dans ce but que la coelios-copie apportera sa contribution pour préciser l'existence et l'état des annexes et de l'utérus.

L'exploration des régions inguinales et des grandes lèvres recherchera la possibilité de glandes génitales ectopiques qui ne sont pas toujours de type ovarien et qui vont alors poser le problème de l'hermaphrodisme.

6°) L'exploration de l'appareil urinaire est essentielle et l'urographie de routine. Nous verrons plus loin combien l'association d'anomalies génitales et d'anomalies urinaires est fréquente.

7°) L'examen général complet. C'est surtout chez l'enfant malformé qu'il faut rechercher les malformations multiples et c'est d'ailleurs plus souvent à l'occasion d'une autre anomalie qu'est découverte l'anomalie génitale.

En conclusion

C'est l'aménorrhée qui, devant imposer l'examen vulvo-vaginal, fait le plus souvent découvrir l'absence de vagin.

L'examen clinique devra toujours rechercher une masse pelvienne et essayer d'en préciser la nature, aidé en celà par la coelios-copie et l'urographie qui doivent être systématiques.

Enfin; il convient d'insister sur l'importance du psychisme de la malade et l'on aura au besoin recours à l'avis d'un psychiatre.

MALFORMATIONS ASSOCIEES.

Leur très grande fréquence justifie qu'on leur consacre un chapitre spécial.

Nous envisageons successivement les différents organes qui peuvent être malformés.

I. - L'utérus

A./ Il est rare que l'aplasie vaginale totale soit associée à un utérus normal. Cependant ces cas sont d'un grand intérêt car ils permettent d'espérer, après correction de l'aplasie, l'apparition de menstruations, de grossesse et éventuellement d'accouchement.

A l'opposé, une aplasie utérine, dès qu'elle atteint un certain degré d'importance, s'accompagne quasiment toujours d'une absence de vagin.

Ces cas d'utérus normal avec absence de vagin, pour être rares, n'en sont pas pour autant exceptionnels. En effet, sur un ensemble de 269 aplasies vaginales (addition des chiffres de GRIMAUD, BEUTHEN, COUNSELLER, Mac INDOE) on trouve 22 utérus normaux, soit près d'un cas sur dix.

1°) Dans quelques cas ces utérus ont un drainage urétral ou vésical, très rarement rectal

(un cas d'accouchement par cette voie).

2°) Dans l'immense majorité des cas, l'utérus ne communique pas avec l'extérieur, soit que le col s'ouvre dans un dôme vaginal atrophique, soit que le col soit situé en plein tissu conjonctif. On pourrait penser que ces utérus normaux sans vagin doivent entraîner toujours l'existence d'une hématométrie ; ce n'est cependant pas la règle. Comment interpréter ces faits ?

a) - Certes, dans quelques cas d'absence de vagin chez les très jeunes filles, on peut penser que l'absence d'hématométrie tient à ce que les premières règles ne soient pas encore apparues.

b) - Mais, dans la majorité des cas, il s'agit de femmes qui devraient être réglées et ne le sont pas, qui n'ont pas d'hématométrie mais dont les règles normales apparaissent après création d'un néo-vagin.

- C'est à propos de ces cas que le Professeur MOCQUOT soulève l'hypothèse de menstruation intra-péritonéales, avec syndrome douloureux périodique, qui cessent d'être telles dès qu'une voie est ouverte à l'extérieur pour donner issue au sang. En effet, à ce moment le tonus de l'isthme utérin étant inférieur au tonus tubaire, le sang empreinte la voie

du néo-vagin ou celle d'une fistule uréthro-utérine ou recto-utérine.

- Dans un certain nombre de cas, le mécanisme de menstruations intra-péritonéales ne peut être invoqué et il est indiscutablement des aplasies vaginales avec utérus macroscopiquement normal mais qui n'est cependant pas fonctionnel.
- Enfin, dernière possibilité, l'utérus se vide dans le tissu conjonctif qui est à la place du vagin et va entraîner la formation d'un hématome que l'on qualifierait d'hémato-colpos s'il y avait un vagin obturé par un diaphragme. En fait, l'évolution après évacuation simple du sang montre la rétraction de la cavité de ce faux hémato-colpos de l'aplasie vaginale, tandis qu'il y a persistance d'un vagin perméable s'il s'agit d'un diaphragme vaginal au-dessous d'un hémato-colpos vrai.
- Quant aux cas d'authentiques hématométries, ils sont, nous l'avons déjà dit, fort rares.

B. / Les utérus atrophiques

Dès qu'il ne s'agit plus d'utérus normal (plus de 9/10 des cas) il est, d'après les observations publiées, très difficile de se faire une idée exacte

des malformations utérines. En effet, dans la plupart des cas, les auteurs n'attachent guère d'importance à ces utérus manifestement anormaux et incurables et, ne s'intéressant qu'au traitement de l'absence de vagin, ils ne donnent de l'utérus qu'une description sommaire. Décrits sous des vocables divers : "noyau de prune, noisette, petit utérus atrophique ou infantile, etc...", ces utérus en miniature mais uniques, sont presque aussi rares que les utérus normaux, encore qu'il soit difficile, pour les raisons que nous venons de dire, d'en faire un pourcentage exact, d'autant plus que certains d'entre eux sont vraisemblablement à classer dans les utérus nodulaires.

C./ Les utérus nodulaires

Ce sont les cas les plus fréquents. Entre vessie et rectum existent des éléments nodulaires en nombre variable unis par des tractus sous-péritonéaux et dont quelques examens histologiques pratiqués ont montré qu'il s'agissait de muscle utérin.

I^o) Dans deux cas sur trois, l'utérus est bi-nodulaire.

Un tractus transversal soulevant le péritoine en un petit ligament large représente le corps utérin atrophie. Aux deux extrémités, deux renflements nodulaires, souvent asymétriques, représentent les cornes utérines. Cette disposition nodulaire

reçoit cette interprétation pour plusieurs raisons :

- le tractus transversal peut donner naissance à des masses myomateuses vérifiées opératoirement ;
- la disposition du ligament rond et des ligaments utéro-ovariens d'une part, les prélèvements biopsiques d'autre part, affirment la nature "cornes utérines" de ces nodules latéraux dans lesquelles s'abouchent les trompes.

Le siège de ces utérus nodulaire est le plus souvent pelvien ; il peut cependant être de siège aberrant, accompagné de sa trompe homologue : siège inguinal, siège iliaque.

2°) Dans les autres cas, (un sur trois) il existe un petit utérus nodulaire médian qu'il est bien difficile de séparer des utérus simplement atrophiques, si l'on ne vérifie pas l'absence ou l'existence de cavité utérine.

D./ Absence congénitale d'utérus

Ces cas représenteraient 5 à 10 % de l'ensemble des aplasies vaginales ; on ne retrouve qu'un vague repli péritonéal entre les trompes sans aucun tissu musculaire utérin.

E./ Les utérus unicornes

Ces malformations sont relativement rares et, s'il s'agit d'utérus unicornes non atrophiques, il est absolument exceptionnel qu'une aplasie vaginale y soit associée. Par contre, en cas d'utérus unicornes atrophiques, l'aplasie vaginale complète est quasi constante.

Au total, toutes les variétés d'utérus et même l'absence totale d'utérus peuvent coïncider avec une absence de vagin; cependant si un utérus normal peut se voir avec une aplasie vaginale totale, un utérus très atrophique ou inexistant s'accompagne pratiquement toujours d'absence de vagin.

II. - Les malformations tubaires

Elles sont rares. Même si l'utérus est très anormal, les trompes sont le plus souvent normales.

L'absence de trompes est exceptionnelle lorsque l'aplasie utérine est symétrique ; elle s'accompagne alors généralement d'absence de l'ovaire correspondant. Par contre, l'absence de trompes ou l'aplasie de la trompe est bien plus fréquente en cas d'absence d'utérus (deux fois sur trois).

En cas d'aplasie d'un héli-utérus, la trompe manque habituellement du côté où manque l'héli-utérus, mais ce n'est

pas toujours le cas et cette trompe peut être normale et venir s'insérer au fond du bassin, là où devrait exister l'hémi-utérus absent.

En somme, les malformations tubaires sont rares mais d'autant plus fréquentes que la malformations utérine est plus accentuée et qu'elle est plus asymétrique.

III. - Malformations ovariennes

Elles sont plus rares encore que les malformations tubaires. On trouve, en effet, la plupart du temps, deux ovaires normaux à activité fonctionnelle normale, avec follicules et corps jaunes constatés opératoirement. A signaler cependant, quelques anomalies de forme (ovaire cylindrique), quelques anomalies de siège (iliaque haut, inguinal). Rappelons que cette anomalie de siège inguinal peut se voir en l'absence de toute autre anomalie génitale.

L'absence d'un ovaire est, nous l'avons vu, souvent accompagnatrice d'une absence de trompe, lors d'anomalies asymétriques (hémi-utérus unicorne).

L'absence d'ovaire ne se rencontre qu'exceptionnellement ; elle accompagne alors toujours une absence totale de trompe et d'utérus.

IV. - Malformations réno-urétérales

Leur fréquence est très grande dans l'absence congénitale de vagin mais il est difficile de chiffrer leur pourcentage avec exactitude et cela pour deux raisons :

- La première est que chez des malades atteintes d'absence congénitale^{de} vagin, la recherche systématique de ces anomalies n'est pas toujours faite.
- la deuxième est que, dans les statistiques d'anomalies rénales des urologues, la recherche d'anomalies génitales n'est pas non plus toujours faite.

Avec ces réserves quant aux chiffres, il semble cependant qu'une anomalie réno-urétérale existe dans un cas sur deux d'absence de vagin, ce qui est considérable.

Ces anomalies peuvent être schématiquement divisées en trois groupes égaux :

- le premier groupe comprend les reins ectopiques en situation pelvienne. Dans ce groupe, deux fois sur trois, l'autre rein est en place normale ; une fois sur trois, il n'y a que ce seul rein ectopique.
- le deuxième groupe est représenté par des malades qui n'ont qu'un seul rein et comprend donc des malades du groupe précédent.

On admet que, dans l'ensemble, le nombre de reins uniques en situation normale, égale le nombre de reins uniques en situation pelvienne.

- le troisième groupe comprend le reste des anomalies qui sont multiples et variés.

- ectopie croisé d'un rein

- rein en fer à cheval
- Hydronéphrose
- dédoublement urétéral, etc....

Ces anomalies doivent retenir l'attention en raison de leur fréquence et des dangers qu'elles peuvent occasionner parfois au cours de la chirurgie réparatrice.

V.- Les autres malformations

Elles sont multiples et si rares que nous ne ferons que les citer. Beaucoup d'entre elles sont le fait d'examens nécropsiques de nouveau-nés, dont les malformations multiples étaient incompatibles avec la vie : absence de rectum, spina-bifida et méningocele, absence de diaphragme, extropie vésicale, absence de colon....

D'autres au contraire, sont retrouvées chez des malades adultes à l'occasion d'examen systématique : luxation congénitale de la hanche, surélévation congénitale de l'omoplate, spina-bifida, absence de coccyx et de sacrum.

Ces malformations ne méritent que d'être citées, car dans l'état actuel des choses, il est impossible d'en chiffrer la fréquence ni d'avoir de l'ensemble une interprétation solide.

VI. - Enfin, une dernière malformation mérite un court chapitre spécial, c'est le cas de l'hermaphrodisme.

Il peut être schématisé de la façon suivante :

- Tantôt il s'agit de sujets qui sont typiquement de sexe féminin, mais qui n'ont pas de vagin et dont une ou même les deux glandes génitales sont des testicules.
- tantôt, il s'agit de cryptorchides à petite verge qui sont déclarés à la naissance comme filles et qui ne pourront jamais se comporter sexuellement d'une façon masculine.
- tantôt enfin, un petit vagin ouvert dans l'urètre périnéal a pu faire croire à la naissance au sexe masculin.

Dans ces trois cas, avec beaucoup de circonspection, surtout dans le deuxième cas, il peut être indiqué de créer un néo-vagin.

INTERPRETATION EMBRYOLOGIQUE DE L'ABSENCE DE VAGIN

Il semble actuellement bien établi que le vagin ne résulte pas, comme il était classique de le dire, de la jonction des deux canaux de Müller qui constitueraient utérus et vagin.

Il existe au niveau de la paroi dorsale du sinus uro-génital, un petit renflement appelé colline de Müller. Les deux canaux de Müller, très proches l'un de l'autre en bas, ne s'ouvrent pas dans le sinus au niveau de la colline de Müller, mais en sont séparés par une couche de mésenchyme plus ou moins développé. Dans cette portion de mésenchyme, va se développer une colonne cellulaire pleine qui donnera ultérieurement naissance au vagin par tubulation. Cette colonne est d'origine Müllérienne pour certains, pour d'autres, d'origine Wolffienne, pour d'autres, d'origine sinusale. Il semble que cette origine sinusale soit la plus probable, presque certaine. Le développement de cette colonne cellulaire serait cependant sous la dépendance du développement des canaux de Müller, qui induiraient en quelque sorte la croissance et le développement de la colonne vaginale.

L'hymen serait d'origine mésenchymateuse, un rétrécissement mésenchymateux autour de la partie basse de la colonne vaginale serait à son origine. Au-dessous de l'hymen, c'est le vestibule, qui est constitué par la portion pelvienne du sinus uro-génital.

Un certain nombre d'arguments militent en faveur de l'origine non Müllérienne du vagin.

1°) Dans les cas d'aplasie Müllérienne totale avec absence d'utérus et de trompes, il devrait y avoir, si le vagin était d'origine Müllérienne, une absence totale de vagin, ce qui est effectivement le cas, mais aussi absence totale d'hymen et de dépression cupuliforme sus-héménéale qui cependant existent toujours.

2°) SNOECK et COUNSELLER ont, lors de clivage intervésico-rectaux pour absence de vagin avec absence d'utérus et de trompes, recherché par des prélèvements histologiques des débris Müllériens dans cette zone ; si le vagin était d'origine Müllérienne, il devrait y en avoir, or ils n'en ont jamais trouvé.

Dès lors, après ce rappel embryologique sommaire, on peut schématiquement imaginer ainsi ce qui se passe/:::

- La Colonne vaginale, dont le développement serait induit par le développement des canaux de Müller, voit sa croissance stoppée dans deux cas :

Si pour une raison quelconque les canaux ne se développent pas et s'atrophient ;

Si les canaux entrent en rapport, par une erreur d'aiguillage, avec une partie du sinus urogénital éloignée de la colline de Müller.

Dans le premier cas, il y a atrophie Müllérienne totale avec absence de trompes et d'utérus d'une part, aplasie vaginale totale d'autre part.

Dans le deuxième cas, il y a des trompes et un utérus normaux, mais pas de vagin.

Mais, dans les deux cas, les possibilités de développement autonome du sinus uro-génital et de la colonne vaginale dans sa partie basse formeront l'hymen qui est constant, le vestibule, et la petite dépression cupuliforme sus-hyménéale.

Ainsi s'expliquent les faits anatomiques certains qui sont les suivants :

- Dès que l'aplasie utérine atteint un certain stade, l'aplasie vaginale est totale et constante.
- A l'opposé, une aplasie vaginale totale peut s'accompagner d'utérus et de trompes normaux, comme d'absence d'utérus et de trompes.
- L'hymen et la dépression sus-hyménéale sont constants.

Quant aux facteurs initiaux déterminant ces anomalies, il faut bien dire que notre ignorance est quasi totale : on peut invoquer l'hérédité mais on ne retrouve pas grand argument en sa faveur bien que quelques cas troublants d'anomalies dans la même famille aient pu être retrouvés ; parler de maladies infectieuses, virales, métaboliques ou carencielles ne fait que cacher notre ignorance.

LE TRAITEMENT

L'absence congénitale de vagin a suscité de très nombreuses tentatives de traitement et l'on ne peut guère imaginer de méthodes qui n'aient été un jour ou l'autre utilisées pour créer une cavité vaginale chez les malades qui en sont dépourvues.

La réparation de l'anomalie a toujours tenté les chirurgiens mais on ne doit pas pour autant perdre de vue que bien des malades atteintes d'aplasie vaginale totale ne seront pas à opérer, les indications n'ayant pas toujours la simplicité que l'on pourrait croire de prime abord.

Nous envisagerons successivement les différentes méthodes employées ou recommandées, puis les avantages et les inconvénients de ces méthodes, les raisons qui nous font militer en faveur de la colpoplastie à l'aide du sigmoïde, enfin les indications ou contre-indications du traitement et du choix de la technique.

LES TECHNIQUES

I. - La plus simple est évidemment celle qui vise à obtenir une guérison fonctionnelle non chirurgicale. Cette méthode dite de FRANCK consiste à exercer sur la région vulvaire, au niveau de la petite dépression cupuliforme sus-hyménéale, des pressions répétées, progressives et calibrées. L'agent de

pression le plus souvent utilisé est une bougie de Hegar. La malade apprend à appliquer cette bougie pendant un certain temps et plusieurs fois par jour. Dès que la dépression obtenue est suffisante on peut même utiliser la nuit un appareil à pression. Cette méthode a été utilisée par de nombreux auteurs avec plus ou moins de succès, mais la pression instrumentale n'est pas la seule qui puisse être utilisée. MUSSET, HERVET, LEFEBVRE et FONTAN (1961) publient le cas d'une de leurs malades où une cavité vaginale a été obtenue par coït répété, cavité suffisante pour admettre deux doigts et un spéculum en entier. Chez deux autres de leurs malades, la dépression a été obtenue par la malade elle-même, par pression digitale plusieurs fois par jour. Chez l'une d'elles, le résultat a été excellent, chez l'autre, le néo-vagin était un peu court.

II.- Dans toutes les autres méthodes qui sont chirurgicales, le premier temps de l'intervention est le même, c'est la création d'une cavité inter-urétro-vésico-rectale par clivage remontant jusqu'au cul de sac de Douglas. La préparation pré-opératoire comportera une préparation colique visant à avoir un rectum vide et le plus aseptique possible, afin qu'une éventuelle, bien que rare, érosion rectale lors du décollement soit sans conséquences infectueuses au niveau de la cavité créée.

On pratiquera rasage et désinfection habituelle à la chirurgie génitale par voie basse. La malade est mise en position gynécologique, une sonde vésicale stérile est mise au début de l'intervention.

Le clivage commence par une incision pratiquée au niveau de l'infundibulum sus-hyménéal. Les modalités de cette incision sont variables : verticale, horizontale ou en T, mais sans résection d'une pastille muqueuse circulaire, dans le but de garder le plus de tissu possible. Le plus souvent, ce premier temps conduit dans un tissu cellulaire lâche qui se laisse très facilement cliver au doigt jusqu'au cul de sac de Douglas. Si le clivage est plus difficile, il faut se guider sur la sonde urétrale en avant et éventuellement sur l'index gauche introduit dans le rectum. Le cul de sac de Douglas est souvent assez bas. Il suffit de le refouler si l'intervention comporte un second temps abdominal, sinon, il est préférable de l'ouvrir et de le refermer un peu plus haut car la cavité créée doit atteindre environ 15 cm au-dessus de l'orifice vulvaire. Cette cavité sera faite assez large car elle doit admettre facilement un spéculum ouvert. L'hémostase de la cavité doit être minutieuse ; pour cela on lie au catgut fin les vaisseaux importants, surtout au niveau des releveurs et l'on tasse ensuite dans la cavité une petite mèche imprégnée de thrombase. Ce simple tamponnement suffit pour assurer l'hémostase sans perte de temps pendant

que l'on s'attaque au temps suivant. La cavité après ablation de la mèche, devra être sèche pour assurer les meilleures chances de succès.

Le clivage inter-urétro-vésico rectal ne présente donc aucune difficulté particulière. Cependant un accident a été signalé une fois au cours de ce clivage (MILLER) : la lésure d'une artère rénale aberrante. Ce fait, pour être exceptionnel, milite encore en faveur de l'urographie systématique à la recherche d'un rein ectopique.

III. - Les greffes pédiculées

Elles sont de deux sortes :

- A. / Les autoplasties par prélèvement limité à la région périnéo-vulvaire, dont le procédé le plus classique est celui de Pozzi, ne peuvent, par définition, pas créer un vagin de profondeur suffisante et nécessitent des petites lèvres particulièrement développées. Nous ne ferons donc que les citer car elles sont totalement abandonnées.
- B. / Les autoplasties étendues par lambeaux prélevés au niveau des cuisses ou par lambeaux périnéo-fessiers ont été pratiqués selon deux techniques principales :

1°) Colpoplastie par lambeau pédiculé unique.

Ce procédé utilisé par GRAD (1932), puis par FRANCK et GEIST selon une technique un peu différente, consiste à prélever un vaste lambeau dont la base d'implantation linéaire large de 4 à 5 cm est situé au niveau du pli génito-crural. Ce lambeau sera prélevé en plusieurs temps opératoires dans le but d'assurer une bonne vascularisation, car sa taille (15 à 20 cm de longueur, 8 à 12 cm de largeur) est trop importante par rapport à celle du pédicule pour que le prélèvement puisse être fait en une seule fois.

Ce lambeau est uni-pédiculé dans la technique de GRAD, bi-pédiculé et tubulé dans celle de FRANCK et GEIST, le but final étant d'avoir un lambeau qui sera suturé autour d'un mandrin (face cutanée sur le mandrin) puis basculé et introduit dans le clivage uréthro-vésico-rectal. La section de la base d'implantation sera faite progressivement par petites incisions espacées de quelques jours.

2°) Le procédé de SICARD est une colplastie à l'aide de deux lambeaux pédiculés. Ces lambeaux, longs de 15 cm, larges de 4 cm ont une base d'implantation de 6 cm de large. Cette base d'implantation suit le sillon génito crural à sa partie antérieure

et est donc à peu près parallèle à l'axe vulvaire. Les deux bords des lambeaux sont légèrement incurvés autour de la région périnéale pour se diriger vers le sillon inter-fessier. Ces lambeaux sont suturés, l'un à l'autre par leurs extrémités et par leurs bords, de telle façon qu'ils forment un tube cutané retourné et fixé à la racine des cuisses par les deux bases d'implantation. Les zones donneuses sont facilement suturées par simple rapprochement.

D'autres techniques de colpoplastie à l'aide de deux lambeaux pédiculés ont été pratiqués selon des modalités différentes, mais celle de SICARD est sans doute la plus séduisante en raison de siège de prélèvement des lambeaux qui donne à la fois l'étoffe suffisante et un résultat esthétique acceptable au niveau de la zone donneuse.

IV. - Les greffes péritonéales

Après la création de la cavité inter vésico-rectale, on passe au temps abdominal : la parotomie médiane sous-ombilicale puis isolement d'un lambeau péritonéal, prélevé sur le péritoine du cul de sac vésico-utérin, gardant une base d'implantation postérieure. Ce lambeau, enroulé autour d'une bougie de Hégar,

est alors introduit par en haut dans le décollement. La péritonisation du petit bassin est faite par rapprochement ou, si cela est impossible en raison de la perte de substance péritonéale, par greffe épiploïque. Cette méthode n'est dans tous les cas qu'incomplète et n'est actuellement plus employée.

V. - Les greffes de membranes ovulaires.

BRINDEAU (1935) puis ensuite SNOECK et ROCMANS utilisèrent cette technique qui consiste à tapisser le clivage inter-vésico-rectal par des membranes ovulaires prélevées le plus aseptiquement possible au cours d'une césarienne et mise transitoirement dans du sérum pénicilliné. L'annios doit être en dedans et les membranes que l'on veut greffer sont maintenues en place par un mandrin ou par des mèches.

VI.- Les greffes de peau libre

Il s'agit de greffes de peau mince dermo-épidermiques. Cette technique est l'une des plus utilisées en France et consiste à prélever un lambeau de peau mince, si possible d'un seul tenant, à en habiller un mandrin et à introduire et laisser en place ce mandrin dans le clivage inter-vésico-rectal. Cette technique, mise au point à Paris par le Professeur CORDIER, est décrite dans la thèse de MALINAS. Après clivage vésico-rectal qui est

tassé de mèches imbibées de sérum en assurant l'hémostase, un greffon est prélevé soit au niveau des cuisses (face antéro-externe ou face interne), soit au niveau de la paroi abdominale. Ce prélèvement est fait au rasoir de Lagrot ou mieux, grâce au dermatome de Paget ou au dermatome électrique du Professeur Jean GOSSET, En effet, le maniement du rasoir de Lagrot, pour obtenir un greffon suffisamment grand et régulier, n'est pas toujours facile et nécessite une certaine habitude. De multiples mandrins ont été utilisés. Le modèle en plexiglas creux, perforé de nombreux trous, a l'avantage de permettre les soins de la surface greffée par lavages répétés. Le greffon obtenu est fixé autour du mandrin par quelques points de fil fin et il doit être suffisamment tendu, la face cruentée étant bien entendu à l'extérieur. Puis le mandrin ainsi revêtu du greffon est glissé dans le clivage vésico-rectal ; le mandrin est maintenu solidement en place par un système de bandes attachées à une ceinture. Le mandrin doit si possible être laissé en place 18 jours pendant lesquels on pratiquera des lavages stériles de la cavité du mandrin. Dès que la cicatrisation est obtenue, le mandrin peut être enlevé, mais devra être pendant un certain temps maintenu la nuit. Enfin, les premiers rapports ne devront pas avoir lieu avant deux mois, mais ne devront pas être non plus trop retardés, afin d'éviter la rétraction du néo-vagin ; cela est essentiel.

VII. - Clivage simple non suivi de greffe

Cette méthode a été utilisée avec un succès relativement bon par de très nombreux auteurs (en France AMELINE, SICARD, CORDIER, MALINAS, TROYER-ROZAT, ROBERT ...). Elle se fonde sur le fait que la cavité, si elle est maintenue béante par le port prolongé d'un mandrin, s'épithélialise progressivement à partir de l'infundibulum sus-hyménéal, l'épithélium vaginal ainsi apparu présentant les caractères morphologiques et fonctionnels de l'épithélium vaginal normal. Pendant les premiers mois, la cavité suinte abondamment, mais petit à petit, l'écoulement se tarit. Le mandrin doit être maintenu en place jour et nuit, pendant au moins six mois, enlevé seulement pour permettre le nettoyage de la cavité et cela représente une lourde servitude.

VIII. - Plastie iléale : opération de BALDWIN-MORI

Après création de la cavité inter-vésico-rectale, bourrée d'une mèche faisant saillie sous le péritoine du cul de sac de Douglas, on passe au temps abdominal. On pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Le premier temps est un temps d'exploration ; on choisit un segment d'anse grêle situé à environ 25 cm du coecum, et l'on cherche à apprécier si la longueur du mésentère est suffisante pour permettre un abaissement à la vulve.

La condition nécessaire à la poursuite de l'intervention est en effet que l'abaissement puisse être fait sans aucune traction mésentrique, si minime soit-elle. Si cette condition n'est pas parfaitement réalisée, il faut renoncer à ce type d'opération et envisager un autre mode de colpoplastie sous peine d'accidents graves de sphacèle.

Si l'abaissement est possible, on isole sur l'anse choisie, un segment d'au moins 20 cm de long, on sectionne ensuite le mésentère de façon à obtenir un pédicule mésentrique de forme plus ou moins triangulaire, assurant la vascularisation de l'anse et lui donnant une certaine mobilité. Puis la continuité de l'intestin grêle est rétabli par anastomose situé au-devant du pédicule mésentrique de l'anse exclue. On ferme ensuite les deux bouts de l'anse exclue. Puis on effectue l'ouverture du péritoine du cul de sac de Douglas, là où bombe la mèche placée dans le décollement. Cette ouverture doit être assez large pour qu'il n'y ait aucune striction à ce niveau sur le pédicule nourricier de l'anse exclue. Un clan souple, enfoncé dans le clivage recto-vésical par en bas, va chercher alors l'anse exclue qui est abaissée à la vulve. Le péritoine de Douglas est alors suturé sans striction autour du pédicule mésentrique de l'anse et l'on ferme la paroi abdominale.

Repassant en bas, on ouvre le bord libre de l'anse intestinale au niveau de sa partie moyenne et cette ouverture est suturée en couronne au pourtour de l'incision sus-hyménéale.

Ainsi est créé un vagin double, mais généralement l'un des va s'atrophier, circonstance que l'on peut favoriser soit en faisant au bout de quelque temps une petite entérotomie sur l'éperon séparant ces deux néo-vagins, soit en prenant soin, lors de l'ouverture de l'anse, de décaler cette ouverture au niveau de l'union tiers moyen, tiers postérieur de l'anse, créant alors un seul néo-vagin et un petit diverticule qui va s'atrophier.

Telle est la technique de BALDWIN à laquelle de nombreuses modifications ont été apportées par divers auteurs.

Dans la technique de MORI, l'anse exclue n'est pas abaissée en V et ouverte à sa partie moyenne, mais fermée à l'une de ses extrémités, l'autre extrémité étant abaissée directement à la vulve et suturée à elle. L'anse peut de la sorte être plus courte mais par contre, son méso doit être plus long.

CONSTANTINI, pour diminuer le risque de sphacèle, conseille de ne pas faire de section triangulaire du mésentère, qui selon lui ne favorise aucunement l'abaissement.

PICOT propose un artifice très séduisant dans le but de parer au risque de nécrose. Il fait passer l'anse

grêle isolée dans une brèche du méso-sigmoïde et termine l'intervention par un cloisonnement colo-vésical. Ainsi en cas de nécrose, celle-ci est entièrement exclue de la grande cavité péritonéale.

BROCQ et ROBERT insistent sur la minutie avec laquelle il faut choisir l'anse intestinale et examiner sa vascularisation. Dans le but de permettre un abaissement plus facile sans traction, si l'arcade marginale est suffisante et si le nombre de piliers vasculaires arrivant à cette arcade est suffisant, ils sectionnent un ou deux de ces piliers artériels du côté distal, ce qui donne à ce segment une mobilité quasi totale ; ce côté est alors abaissé et suturé à la vulve.

Un autre artifice a été proposé et réalisé par H.G.ROBERT. Choisisant un segment de grêle particulièrement bien vascularisé, juste en amont de la terminaison de la mésentérique supérieure, il sectionne plusieurs piliers, non plus sur le bout distal mais sur le bout proximal, ce qui permet de garder comme pédicule vasculaire, les piliers les plus bas situés au niveau de la terminaison de la mésentrique. Il réalise ensuite un abaissement en anti-péristaltique ce qui permet de mobiliser un segment d'anse nettement plus long, sans traction sur le méso et dont le point d'attache vasculaire est le plus bas situé. Là encore, il est capital d'examiner très soigneusement la vascularisation du segment choisi et d'être sur ce point particulièrement exigeant.

IX. - La transplantation rectale : procédé de SCHUBERT

Le premier temps de l'intervention est là encore la création du clivage urétro-vésico-rectal qu'on conseille de ne pas pousser trop haut, afin de ne pas compromettre la vascularisation du rectum.

Dans un deuxième temps, on pratique une incision circulaire au pourtour de l'anus un peu en-dedans et au-dessus de la limite cutanéomuqueuse afin qu'après abaissement du haut rectum, la muqueuse n'apparaisse pas à l'orifice anal. Puis on dissèque progressivement de bas en haut, la muqueuse du canal anal avec beaucoup de douceur en s'aidant de l'index gauche introduit dans le rectum et de quelques fils tracteurs fixés en bas à la muqueuse anale. Cette dissection doit être poussée jusqu'au niveau des releveurs de l'anus et doit en bas, être très soigneuse afin de léser en aucune manière le sphincter anal. On effondre ensuite au doigt, le tissu lâche qui sépare en avant la cavité ainsi créée du clivage vésico-rectal, ce tissu est fait essentiellement de la musculature du rectum. La brèche ainsi créée doit avoir la largeur de l'ampoule rectale afin qu'il n'y ait pas de striction à ce niveau. Puis le cylindre de muqueuse anale est passé par cet orifice et abaissé à la vulve dans le clivage vésico-rectal. Dans un troisième temps, on va disséquer et libérer la partie supérieure du rectum, la sectionner à

environ 10 à 12 cm de l'orifice anal puis abaisser le bout supérieur à l'anus. La malade est placée sur le côté droit, genoux fortement fléchis. On incise le pli inter-fessier sur une longueur de 10 à 12 cm en partant en bas à 4 cm de l'orifice anal. On libère puis on désarticule le coccyx, puis, par une double incision para-médiane de la gaine fibro-séreuse du rectum, on décolle au doigt et à la compresse l'ensemble de l'ampoule rectale en restant extra-péritonéal et en prenant soin de ne pas blesser les vaisseaux hémorroïdaux moyens. Le rectum ainsi isolé est extériorisé dans la plaie coccygienne ; on effondre au doigt les tissus séparant la brèche coccygienne de la cavité anale créée dans le premier temps. Puis le rectum est sectionné avec les précautions d'aseptie habituelle. Le bout supérieur est alors abaissé à l'anus à travers le sphincter et suturé à la ligne d'incision circulaire primitive. Le bout inférieur est soigneusement fermé car il va constituer le dôme vaginal et fixé par quelques points aux tissus voisins.

Cette intervention, théoriquement satisfaisante sur le plan technique, est délicate, en particulier le temps de libération du haut rectum à l'intérieur de sa gaine. C'est pourquoi COTTE et SANTY ont préféré ouvrir délibérément le péritoine sur les faces latérales du haut rectum, juste au contact de l'intestin, afin de ne pas risquer une blessure urétérale. Après section du rectum, le bout supérieur est abaissé et

le péritoine fermé sans difficulté.

X. - La transplantation sigmoïdienne

Elle représente le troisième type de transplantation viscérale utilisé pour traiter l'absence de vagin.

Cette technique, peu répandue en France, consiste à isoler un segment de ce sigmoïde bien vascularisé, à rétablir la continuité intestinale, puis à abaisser dans le clivage vésico-rectal cette anse fermée à son extrémité supérieure.

Nous reviendrons plus loin sur cette technique, pour la décrire en détails, pour exposer les raisons qui nous font penser qu'elle est la meilleure, pour décrire enfin l'artifice employé afin que cette colpoplastie soit pratiquement toujours possible.

Mais avant d'envisager les avantages et les possibilités que nous paraît présenter cette technique, il est nécessaire de faire une étude critique des différents procédés que nous venons de décrire.

ETUDE CRITIQUE DES DIFFERENTES METHODES

Il faut d'abord envisager rapidement les critères sur lesquels on se basera pour apprécier la qualité des résultats obtenus. Ces critères sont faciles à définir.

Ce sont :

- L'aspect morphologique vulvaire
- la profondeur et le calibre du néo-vagin qui doivent être suffisants
- Le néo-vagin ne devra être ni sec, ni trop abondamment sécrétant
- Il doit être souple
- il doit permettre la satisfaction sexuelle du couple
- enfin, ces critères doivent être durables.

Ces différents éléments, s'ils sont faciles à définir, sont en fait souvent bien difficiles à apprécier et c'est sans doute pourquoi les opinions des auteurs sont souvent discordantes sur les avantages et les inconvénients des diverses techniques utilisées.

I. - L'absence de toute intervention ou méthode de FRANCK

a pour elle l'absence de tout risque chirurgical et, nous allions dire, sa simplicité. Mais on ne peut parler de simplicité quant on songe à la durée du traitement et à la servitude qu'il constitue même chez les malades les plus persévérantes.

En outre, ses résultats sont loin d'être parfaits.

Sur les trois cas de MUSSET et HERVET, deux des néo-vagins sont trop courts. Sur les six cas de

ROBERT, le spéculum n'a jamais pu être introduit à plus de 7 à 8 cm. Enfin, il est logique de penser avec H.C. ROBERT que cette technique nécessite au départ un vestibule et une amorce de vagin suffisamment profonds.

II. - Les greffes pédiculées

sont de plus en plus abandonnées et cela pour de nombreuses raisons. Le prélèvement du lambeau demande habituellement plusieurs temps opératoires, si l'on veut se mettre dans les meilleures conditions de vascularisation, car la base d'implantation est toujours étroite par rapport à la longueur nécessaire du lambeau.

La nécessité de garder un pédicule nourricier a pour conséquence une grande perte d'étoffe. Même si le pédicule est proche de la vulve, il entraîne l'obligation de prélever une grande longueur de peau et malgré cela, le néo-vagin est souvent assez court.

Malgré toutes les précautions prises dans le prélèvement du lambeau, il faut compter avec le risque de nécrose car le pédicule subit toujours un certain degré de torsion.

L'épaisseur de la peau prélevée ne va pas dans diminuer le calibre du néo-vagin.

Ce vagin, outre qu'il est souvent court, restera sec comme tous les vagins à la peau, l'existence éventuelle de poils n'est pas pour améliorer le résultat.

La rétraction de ce néo-vagin imposant un calibrage prolongé n'est guère moins marquée qu'après greffe de peau mince.

Enfin, la perte de substance due au prélèvement doit être comblée par rapprochement avec des retouches nécessaires après section du pédicule, ce qui entraîne des actes opératoires successifs et un résultat bien souvent inesthétique.

C'est essentiellement sur ce point, mais aussi sur la réduction de torsion du pédicule, que le procédé de SICARD est nettement supérieur aux autres techniques.

III. - Les greffes de membranes ovulaires

ont donné des résultats satisfaisants bien qu'elles aient été peu pratiquées. En fait, la greffe de membranes ovulaires ne diffère en rien du clivage simple sans greffe. En effet, il s'agit d'une hétéro-greffe dont il est bien démontré qu'elle ne prend jamais ; les prélèvements histologiques faits à distance de l'opération, montrent tout au moins dans la partie basse du néo-vagin, qu'il s'agit d'une muqueuse présentant les caractères histologiques et fonctionnels du vagin normal. Cela s'explique simplement par l'élimination progressive de la greffe, la cavité étant tapissée de proche en proche par la muqueuse de l'infundibulum sus-hyménéal. La membrane ovulaire ne joue que le rôle d'un pansement biologique.

IV. - Les greffes de peau mince

sont de réalisation facile, le temps le plus délicat étant le prélèvement du greffon cutané. Mais quel est leur devenir ? Il est bien rare que la greffe prenne d'emblée en totalité et cela s'explique bien si l'on songe que les conditions faites à cette greffe sont les plus mauvaises qui se puissent réaliser pour sa réussite: conditions de température qui est trop élevée, conditions d'asepsie qui ne peut en aucune manière être parfaite, conditions d'immobilisation qui sont très mal réalisées, suintement séro-sanguant sous la greffe qui ne peut être évité. Le plus souvent, à l'ablation du mandrin, une bonne partie du greffon s'élimine d'emblée. Cependant, quelques ilots épidermiques qui ont pris vont pouvoir se développer excentriquement et tapisser plus ou moins de peau la néo-cavité vaginale. Pour MALINAS, l'épithélisation du néo-vagin se fait à partir de l'épithélium vestibulaire progressivement de bas en haut, tout se passant comme si la greffe était totalement éliminée mais sans qu'on observe d'élimination en masse des lambeaux greffés.

Au total, on se trouve dans le même cas que si l'on avait fait un clivage simple sans greffe et nous en verrons plus loin les inconvénients.

Cependant depuis la thèse de MALINAS, un certain nombre d'auteurs (CORDIER, THEYER-ROZAT, VILLAIN)

sont arrivés à des résultats nettement meilleurs quant à la prise des greffons et ont publié des observations de prise quasi-totale des greffes en retirant le mandrin au 18ème jour.

Quoiqu'il en soit, la greffe de peau mince nécessite le port d'un mandrin. Ce mandrin que l'on a déjà du mal à maintenir en place assez longtemps pour assurer la prise du greffon, devra être porté la nuit pendant plus d'un an pour certaines, à vie pour d'autres. Dans presque tous les cas en effet, la tendance à la rétraction de ces néo-vagins à la peau est considérable. Le seul moyen de lutter contre elle est d'astreindre la malade à des séances de dilatation pénibles et répétées et au port prolongé du mandrin. Cela représente une bien lourde servitude. On ne pourra s'adresser, pour avoir un résultat satisfaisant, qu'à des malades parfaitement intelligentes et surtout coopérantes. Le résultat sera d'autant meilleur que l'utilisation du néo-vagin sera plus précoce et plus fréquente, mais jamais avant deux mois. Le résultat anatomique enfin, est souvent décevant ; le vagin est habituellement court du fait de la rétraction longitudinale, il est sec si la greffe de peau a pris. Bien souvent, la partie basse est tapissée d'un épithélium dérivé de l'épithélium vestibulaire, tandis que le fond reste cruenté et bourgeonnant avec tendance extrêmement marquée à la rétraction. Même si la greffe de peau a relativement bien pris, il existe habituellement une

zone cruentée et bourgeonnante au contact des releveurs, qui a tendance à la rétraction et qui à elle seule impose les dilatations répétées.

Enfin, si la cicatrisation de la zone de prélèvement est habituellement rapide, elle n'est pas sans laisser une cicatrice qui est souvent peu visible mais peut aussi dans bien des cas n'être pas très esthétique.

Au total, cette méthode ne donnera habituellement dans les meilleurs cas de prise de greffes, qu'un vagin sec de calibre et de profondeur assez limités et l'on n'évite guère la tendance à la rétraction, les séances de dilatation et le port nocturne du mandrin.

IV. - Le clivage simple sans greffe

De nombreux auteurs restent fidèles à cette technique, arguant du caractère aléatoire des prises de greffe et des résultats anatomiques et fonctionnels sensiblement identiques.

L'avantage sur la greffe de peau (quand celle-ci prend) est que l'épithélisation se fait à partir du vestibule et que la muqueuse du néo-vagin est donc de type vaginal normal. Mais il est exceptionnel que ce revêtement muqueux dépasse en hauteur les 4 ou 5 cm inférieurs du vagin, le fond reste bourgeonnant et se rétracte d'où, là encore, la nécessité de port du mandrin pratiquement à vie pour maintenir ouvert un néo-vagin qui sans cela se rétractera en quelques jours et qui, dans tous les cas, est

trop court. Nous ne ferons à propos de ce "mandrinage" prolongé, que signaler la possibilité, exceptionnelle, il est vrai, d'ulcérations urétrale ou rectale.

V. - La plastie iléale

présente de très nombreux inconvénients.

- I) Elle n'est réalisable que si le mésentère est suffisamment long et cela malgré les artifices qui ont été proposés pour essayer de la rendre plus souvent possible. La distance est en effet grande entre le mésentère et le périnée ; s'il apparaît habituellement facile d'amener l'anse choisie ou l'une de ses extrémités au fond d'un Douglas pas trop profond, il n'en est pas de même pour l'amener à la vulve sans traction. Cette intervention, pour être réalisable sans danger, nécessite donc des cas très favorables.
- 2) On a beaucoup insisté sur le caractère dangereux de cette méthode, ce danger venant surtout du sphacèle de l'anse. Il est bien certain qu'actuellement l'opération de BALDWIN MORI ne présente pas la gravité qu'on lui attribuait récemment encore (RABINOVITCH 106 cas, 14 % de mortalité - RIVIERE ; thèse d'Alger 1924, 17 % de mortalité) et qui rendait la méthode inacceptable en raison du risque opératoire.

Cependant, si les possibilités de cette technique

sont soigneusement apprécies à ventre ouvert, rejetant formellement toute traction, si les exigences indispensables sur la vascularisation de l'anse sont respectées, si la technique et la péritonisation de l'anse, ou au contraire l'exclusion hors du péritoine à la manière de PICOT, sont irréprochables, les risques opératoires ne sont actuellement plus les mêmes.

ROBERT en 1951 étudie 17 observations publiées depuis 1936, sans une seule mort. Il a personnellement (1961) pratiqué 11 fois un BALDWIN MORI, dont deux fois avec abaissement en anti-péristaltique, sans aucun décès.

- 3) Cependant, d'assez nombreux cas d'occlusions post-opératoires ont été rapportés.
- 4) Le prolapsus muqueux de ce néo-vagin est une complication qui est fréquemment retrouvée et cela s'explique quand on sait la tendance qu'a la muqueuse du grêle à s'éverser volontiers. Un tel prolapsus nécessite une réintervention, certes assez simple, mais qui ne met pas toujours à l'abri d'une récurrence.
- 5) Enfin et surtout, le principal inconvénient de la méthode tient à l'existence d'une sécrétion fort importante de ces néo-vagins iléaux ; cette sécrétion par son importance et son action corrosive, nécessite le port de garniture et est cause de réactions cutanées inesthétiques et douloureuses au niveau du périnée et de la racine des cuisses. Certes dans bien des cas, la sécrétion va devenir moins importante

au bout de quelques mois, mais elle ne cessera jamais complètement et dans bien d'autres cas, sa persistance et l'irritation cutanée consécutive vont constituer une véritable infirmité qui est l'inconvénient majeur de la méthode.

VI. - La plastie à l'aide du rectum.

Elle constitue certainement l'une des meilleures opérations visant à traiter l'absence congénitale de vagin. Les résultats fonctionnels en sont excellents : aucune rétraction, pas de sécrétion exagérée, bonne souplesse ; les risques opératoires sont minimes entre les mains de chirurgiens entraînés à la chirurgie rectale.

Les 12 cas de COTTE et SANTY en sont une parfaite démonstration puisqu'ils n'ont eu, dans les suites, qu'une fistule recto-vaginale bénigne, jamais d'incontinence anale et pas de rétrécissement.

Cependant, le risque d'incontinence est réel ; on sait en effet, (ce sont les conclusions des Professeurs de GAUDART d'ALLAINES et de VERNEJOUL au Congrès de Chirurgie 1946) que la conservation des 4 derniers cm de muqueuse anale est nécessaire au mécanisme réflexe de la continence. Ce risque est gros en raison de l'infirmité qu'il entraîne.

Un certain nombre de fistules est à inscrire au passif de cette méthode ; ces fistules sont bien dif-

ficiles à éviter malgré la minutie de la technique et bien difficiles à traiter ensuite.

La possibilité de blessure urétérales enfin a été signalée mais devrait être évitée, au besoin en montant avant l'opération, des sondes urétérales, afin de sentir les uréteres.

LA FLASTIE PAR LE SIGMOÏDE

I. - BOHDAN HEJDUCK, relevant en 1939, dans la littérature, 25 cas de colpoplastie à l'aide du sigmoïde avec une mort opératoire, écrivait en conclusion que l'utilisation de l'anse sigmoïde réunissait les avantages et excluait les inconvénients des procédés de BALDWIN et de SCHUBERT.

SCHMID (Rostock) apportait au Congrès de Bruxelles de 1955, 20 cas de colpoplastie par l'anse sigmoïde sans aucune mort opératoire et avec, dans tous les cas, d'excellents résultats fonctionnels. Cette méthode qui en France est l'exception, qui est au contraire la méthode de choix en Allemagne et dans les pays de l'Est, nous a paru présenter de tels avantages que nous l'avons utilisée chez une jeune patiente dont voici l'observation.

Mademoiselle E.... 20 ans, est hospitalisée à l'hôpital Laënnec le 28/II/60 pour aménorrhée primaire avec absence de vagin. L'examen de la région périnéale montre une vulve d'aspect strictement normale, mais il n'y a pas de canal vaginal ; l'exploration montre une simple dépression entre les petites lèvres. Le toucher rectal ne retrouve pas d'utérus ; cependant une coelioscopie pratiquée le 12/IO/60 au centre hospitalier de St-Germain-en-Laye avait montré deux ovaires et deux trompes normaux avec un petit reliquat utérin. L'aspect morphologique général est de type féminin,

pilosité, développement mammaire, voix sont normaux, le libido enfin est normale, de même que le comportement psychique ; il s'agit d'une jeune femme intelligente, en parfaite santé qui désire avoir une vie sexuelle normale et se marier.

Au lavement baryté, le cadre colique est sain, avec une anse sigmoïde de longueur moyenne.

La malade est parfaitement prévenue de l'intervention envisagée, de sa stérilité définitive ; enfin, son fiancé, amené par elle est, avec son accord, mis au courant.

La préparation colique est celle de toute intervention de résection colique : huile de ricin belladonnée, Néomycine, Ganidan, lavements évacuateurs.

L'intervention est pratiquée le 5/12/60.

CRO - Docteurs CHAMPEAU et PINEAU -

Intervention à deux équipes.

Absence congénitale de vagin

Création d'un néo-vagin par abaissement du sigmoïde.

- I) Incision à la partie postérieure de la vulve, là où existe une dépression vestibulaire et clivage recto-urétrovésical, largement poussée sur les côtés pour assurer la formation d'un conduit ample.
- 2) Laparotonie médiane sous-ombilicale, il existe deux ovaires absolument normaux, mais plaqués contre la paroi pelvienne ; un repli en forme de ligament large les réunit, avec au milieu

un tout petit utérus aplasique. Le cul de sac de Douglas est très profond, le sigmoïde assez long. Il paraît justifié, bien qu'à des fins purement fonctionnelles, de créer un néo-vagin par le sigmoïde.

- a) ouverture du Douglas au ras de la face postérieure du ligament large, ce qui conduit au sommet du clivage recto-vésical. La hauteur entre le cul de sac de Douglas et le périnée est faible (5 cm).
- b) Section du sigmoïde au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, le bout du distal est fermé en deux plans, points séparés de soie. On prélève en anant une longueur de sigmoïde d'environ 25 cm. Section du méso et de divers piliers vasculaires en gardant les deux vaisseaux principaux à la partie basse (voir schéma).

On arrive ainsi à isoler 25 cm de colon parfaitement vascularisé que l'on fait pivoter autour du pédicule vasculaire inférieur, de telle sorte que le bout supérieur passe dans le clivage et vienne au périnée. Il n'y a de la sorte aucune traction sur le pédicule vasculaire.

- c) L'anse ainsi descendue au périnée sans aucune traction, on suture la tranche de section colique à l'orifice créé au niveau de la dépression vestibulaire, points séparés de soie fine.

On place dans la zone d'abaissement un drain de Redon qui sort par la fesse, et dans le néo-vagin, un drain n° 40 pour drainer les sécrétions, d'autant plus que la tonicité des releveurs reste grande.

d) On procède à l'anastomose colo-colique bout à bout en deux plans, points séparés de catgut et lin, sans que rien ne tire. Un peu au-dessus de la face antérieure de la suture, on amarre au colon l'extrémité supérieure du néo-vagin. Fermeture du méso. On remonte le péritoine du Douglas assez haut sur l'anse, ce qui diminue la profondeur du Douglas et donne une bonne exclusion du néo-vagin.

Une lane latéro-anastomotique, un drain de Redon dans le Douglas. Paroi aux crins perdus.

Les suites opératoires sont les plus simples : deux jours d'aspiration gastrique avec rééquilibration hydro-électrolytique.

Reprise du transit au 3ème jour.

Apyrexie totale au 5ème jour.

La malade sort du Service le 20ème jour, la jonction entre vulve et néo-vagin est parfaitement cicatrisée.

Le néo-vagin est utilisé au bout d'un mois et demi.

Depuis, la malade s'est mariée, a des rapports normaux et parfaitement satisfaisants, avec orgasme.

Un lavement baryté pratiqué secondairement montre une région anastomotique large et parfaitement souple. La morphologie vulvo-vaginale actuelle est sensiblement normale avec une simple différence de coloration entre la région vulvaire et le néo-vagin. Il n'y a pas de prolapsus muqueux; le néo-vagin admet facilement un gros spéculum que l'on peut enfoncer complètement et ouvrir sans douleur.

La radiographie, après mise en place d'une bougie montre que le fond du néo-vagin affleure le promontoire.

Enfin, il n'y a absolument pas d'hypersecretion.

Une biopsie de la muqueuse a montré que celle-ci avait gardé ses caractères d'épithélium glandulaire sigmoïdien normal.

II. - Technique de la colpoplastie par le sigmoïde.

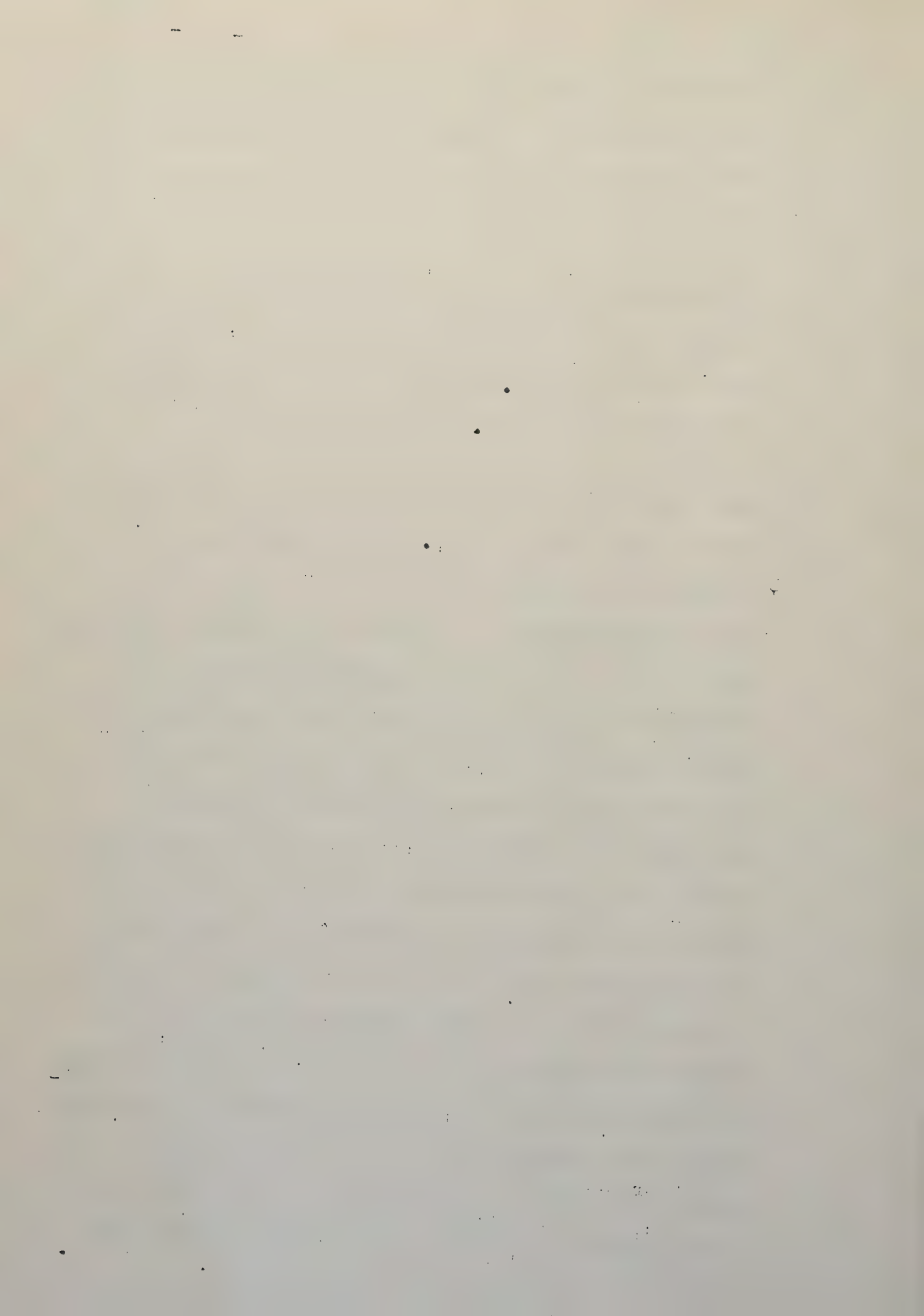
Elle est simple et en tous points comparable à celle de l'opération de BALDWIN, variante de Mori. Elle consiste en effet à isoler un segment d'anse sigmoïde de 15 à 20 cm de long, dont le point de section inférieure est situé au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne. Ce segment, anarré à son meso nourricier, est fermé à son pôle proximal, puis abaissé dans le clivage vésico-rectal ; la tranche de section distale est alors suturée au pourtour de l'incision vulvaire.

Cette technique nécessite un certain nombre de conditions favorables pour que sa réalisation soit possible sans danger : en premier lieu, le mésosigmoïde doit être long, le segment isolé est alors abaissé facilement sans traction dans le sens péristaltique ainsi que nous venons de le décrire. Il est donc essentiel, avant toute chose, d'apprécier soigneusement la longueur du meso pour que l'on puisse descendre l'extrémité de l'anse, sans aucune

traction, non seulement au fond du petit bassin, ce qui est toujours possible, mais bien à la vulve qui est nettement plus basse, sans se laisser abuser par une fausse impression de facilité.

Il faut, en outre, que non seulement le méso, mais l'anse sigmoïde elle-même soit suffisamment longue pour pouvoir à la fois, être abaissée sans traction et créer un néo-vagin assez profond.

Ces conditions sont loin d'être toujours réalisées. Aussi, dans les cas où le méso-sigmoïde est trop court pour permettre un abaissement simple dans le sens péristaltique, la majorité des autéris sectionnent une ou même deux artères sigmoïdiennes inférieures gardant au segment colique isolé une vascularisation assurée par la ou les sigmoïdiennes supérieures. Cela suppose évidemment qu'il existe au niveau du sigmoïde, une arcade vasculaire marginale bien développée dont l'appréciation doit être le premier des temps opératoires. Cela peut être fait en examinant soigneusement le méso par trans-illumination ou mieux en isolant par des clamps souples, l'anse qu'on se propose d'isoler ensuite par section, puis en supprimant transitoirement par des clamps bull-dog, l'apport sanguin des artères qu'on projette de sectionner ; on verra alors quel est le comportement de l'anse, placée ainsi dans ses conditions d'utilisation. Ainsi dans



les cas où les sigmoïdiennes se comportent comme des terminales, il sera toujours temps de rebrousser chemin et d'envisager un autre mode de colpoplastie.

Malgré cet artifice, il se peut que la section du sigmoïde et son abaissement soit impossible pour d'impérieuses raisons de sécurité. C'est ce qui se passe quand la brièveté du sigmoïde et de son méso ne permet pas, malgré la section de la sigmoïdienne inférieure, un abaissement sans traction.

Il nous semble alors que, dans ces cas, la technique employée par le Docteur CHAMPEAU puisse permettre de résoudre le problème. Elle consiste à utiliser l'anse sigmoïde en antipéristaltique, ce qui a été réalisé deux fois sur le grêle par H.G. ROBERT (1956-1958). Après avoir pris sur le plan vasculaire les précautions que nous venons de voir, mais en clampant transitoirement, non plus la sigmoïdienne inférieure, mais la supérieure, on sectionne d'abord le sigmoïde au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne, puis on prend en amont, et c'est l'avantage majeur, toute la longueur d'intestin qui sera nécessaire à la création du néo-vagin. On sectionne alors la sigmoïdienne supérieure en gardant les inférieures comme pédicule nourricier. Le bout proximal de l'anse est alors abaissé à la vulve en anti-péristaltique. Le néo-vagin ainsi créé ne l'est pas par abaissement mais par retournement.









III. - Etude critique de la colpoplastie à l'aide du sigmoïde.

a) Cette méthode nous semble supprimer les inconvénients des autres techniques.

- Point n'est besoin d'imposer à la malade le port d'un mandrin.

- Il n'y a aucune rétraction du néo-vagin, même si celui-ci n'est pas utilisé rapidement ou si son utilisation n'est pas très fréquente.

- Le sigmoïde est la zone intestinale qui, rectum mis à part, est la plus proche du périnée, tant par elle-même que par ses pédicules vasculaires, à plus forte raison si la section éventuellement nécessaire d'une artère sigmoïdienne porte sur la supérieure.

Cela explique que paradoxalement cette chirurgie intéressant le colon soit statistiquement plus bénigne que celle intéressant le grêle dont le système vasculaire a son origine bien plus haut située.

- Le néo-vagin est de calibre et de profondeur suffisant, surtout si l'on garde comme pédicule vasculaire la sigmoïdienne inférieure, ce qui permet de prélever en anastomose un segment d'anse nettement plus long.

- La muqueuse du sigmoïde est peu sécrétante, elle permet donc d'obtenir un néo-vagin qui ne soit ni sec, ni exagérément humide.

- Il n'y a aucun risque d'incontinence anale comme c'est possible dans le procédé de SCHUBERT.

- Les résultats fonctionnels enfin, sont, de l'avis unanime, excellents.

b) L'argument majeur opposé au choix de cette technique est celui de son danger. Ce risque opératoire nous paraît avoir été exagérément grossi. Les chiffres que nous avons cités au début de ce chapitre nous font penser que le risque est en effet bien minime et cela nous paraît aisément explicable.

La colpoplastie s'adresse en effet habituellement à des femmes jeunes, en parfaite santé, dont le système cardio-pulmonaire est normal, qui ne sont pas encore obèses et dont les mésentères sont minces.

Cette chirurgie colique est faite sur un côlon, non seulement de sujets jeunes, à artères souples, mais encore sur un côlon sain, et il serait abusif d'opposer au choix de cette technique, les statistiques de mortalité de la chirurgie colique en général, qui est habituellement celle du côlon cancéreux, ou du côlon infecté, ou d'un côlon dilaté par la stase, tout cela chez des sujets nettement plus âgés. COTTE et SANTY insistaient déjà en 1948 sur la bénignité de leur intervention, qui cependant est plus complexe, et ils attribuaient cette bénignité au jeune âge des sujets, aux tissus sains sur lesquels on opère, à la bonne préparation qu'un intestin sain permet d'obtenir.

L'opération se fait sur un côlon qui est, en effet, parfaitement préparé, complètement vidé et pratiquement

stérile. Si l'on songe que la chirurgie colique a actuellement atteint un niveau technique qui, aidé par les antibiotiques, l'aspiration et la réanimation, permet de s'attaquer, par des procédés de résection idéale, même au côlon en occlusion, ne peut-on pas penser alors que sur un côlon plat, vide et stérile, elle est bien peu audacieuse.

Il va de soi que cette chirurgie ne saurait se passer de chirurgiens rompus à la chirurgie colique, sachant parfaitement apprécier les problèmes vasculaires et nous avons indiqué comment, au prix d'un peu de temps supplémentaire, on pouvait s'assurer en ce domaine. La section d'une artère sigmoïdienne ne devra être pratiquée que si l'abaissement la nécessite absolument, mais il ne faudra pas, pour l'éviter, prendre le risque, même d'un peu de traction sur le méso : il vaut mieux en effet, une artère sectionnée que trois qui se thrombosent.

Enfin, la sécurité gagne à une péritonisation faite le plus haut possible sur l'anse pour rendre sous péritonéale une nécrose éventuelle d'un segment de l'anse. Si toutes ces précautions techniques sont sérieusement prises, on conçoit que le risque soit minime. Pourquoi refuser alors à une malade dont l'anomalie génitale l'empêchera d'avoir une vie normale, une intervention qui, bien réglée, ne présente que très peu de risques. Certes, d'autres méthodes sont théoriquement plus bénignes, mais si, dans la plastie sigmoïdienne, le

risque est un peu plus grand, le résultat fonctionnel est aussi nettement meilleur et l'on ne saurait citer toutes les affections pour lesquelles on ne refuse pas un risque opératoire chez des malades dont la vie n'est pas compromise et qui ne souffrent que d'infirmités.

Le deuxième argument opposé au choix de la colpoplastie par le sigmoïde, est qu'elle n'est que bien peu souvent réalisable, mais nous venons de voir qu'au moyen d'un artifice qui, pratiqué sous certaines conditions techniques strictes, est sans danger ; l'abaissement est pratiquement toujours possible, puisque le pédicule conservé étant le plus bas situé, pratiquement au détroit supérieur, il ne peut y avoir aucune traction sur ce pédicule qui est déjà pelvien par sa terminaison.

Il nous semble donc que la colpoplastie à l'aide du sigmoïde est non seulement la méthode qui a le plus d'avantages, mais qu'elle ne présente pas les dangers qu'on lui a attribués, qu'enfin, elle est pratiquement toujours possible, grâce à la technique employée par notre maître le Docteur CHAMPEAU.

- c) Nous avons, jusqu'ici, présenté la technique utilisée chez notre malade comme un moyen permettant de réaliser la colpoplastie par le sigmoïde dans les cas où l'abaissement classique, dans le sens péristaltique, n'est pas possible en raison de la brièveté du méso-sigmoïde.

Certes, comme nous l'avons dit, il est préférable de ne faire aucune section d'artère sigmoïdienne, mais cela est très rarement possible si l'on veut respecter la règle, à notre sens absolue, de l'absence de traction. Dans tous les autres cas, c'est-à-dire, dans l'immense majorité, le retournement de l'anse, gardant la sigmoïdienne inférieure comme pédicule nourricier, nous paraît devoir être retenue comme technique habituelle, pour les raisons suivantes :

- 1). Dans l'abaissement isopéristaltique, la section colique doit être faite très basse si l'on veut un abaissement facile sans traction et un néo-vagin assez profond. La réparation de la continuité colique se fera donc au fond du petit bassin, ce qui constitue un temps opératoire de réalisation assez difficile. Au contraire, dans le procédé de retournement, la section du sigmoïde peut être faite nettement plus haut, au ras de la terminaison de la sigmoïdienne inférieure. De la sorte, le rétablissement de la continuité intestinale sera d'une exécution techniquement aisée, permettant de gagner en temps et en sécurité.
- 2). Cette technique permet toujours d'avoir un vagin assez profond puisqu'on peut prendre en amont de la section inférieure, la longueur de colon que l'on veut.

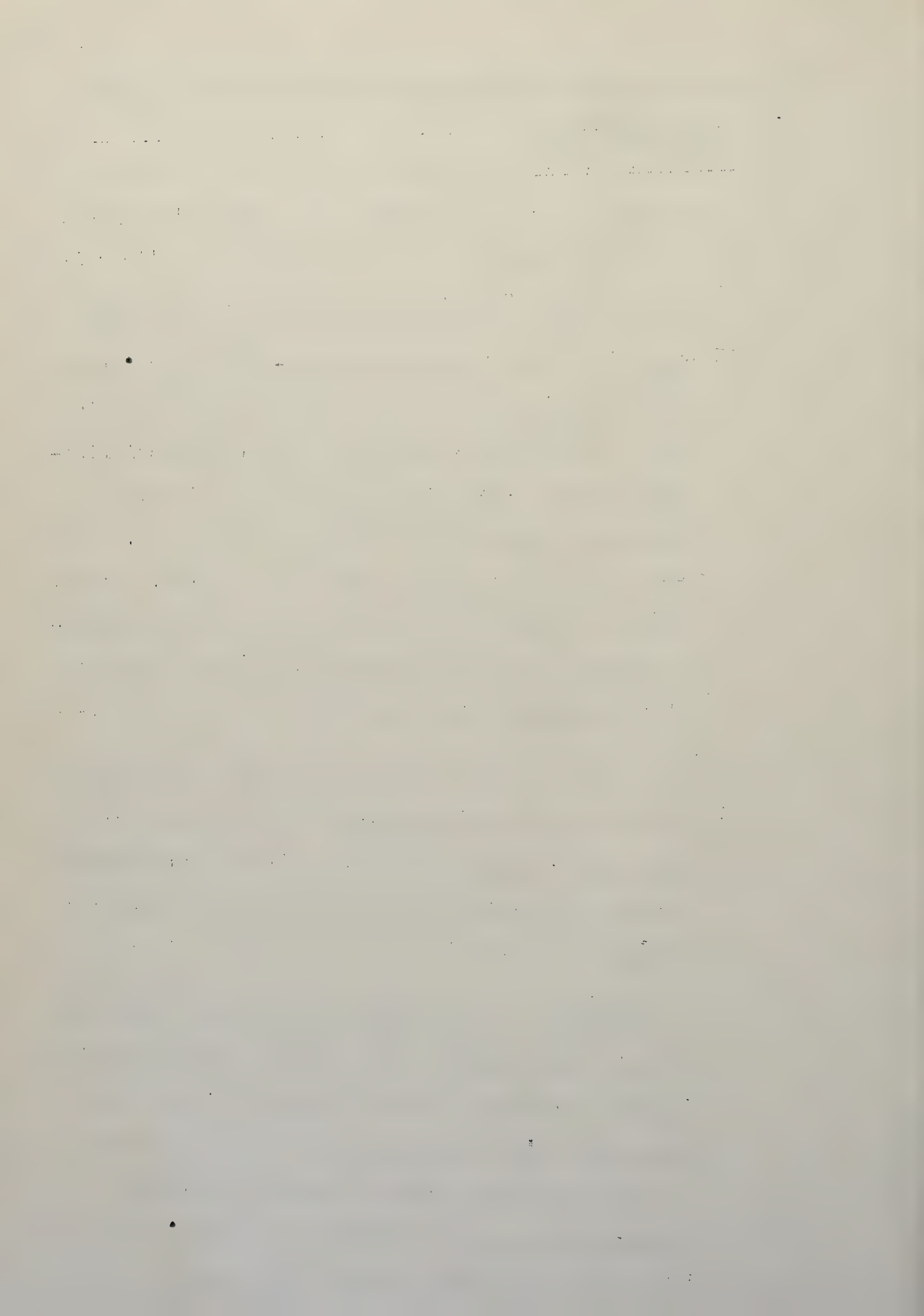
- 3) Enfin, il est évident que les craintes vasculaires seront moins importantes que dans l'abaissement direct, car il n'y a jamais de traction, quelle que soit la longueur de sigmoïde prélevée ; et l'on sait, en outre, que l'artère sigmoïdienne inférieure est la plus constante et la meilleure des sigmoïdiennes.
- 4) On pourrait, de prime abord, craindre qu'il n'y ait dans le retournement, une torsion de l'artère sigmoïdienne inférieure, mais d'une part cette torsion serait répartie sur toute la longueur du vaisseau et d'autre part, si l'on regarde le schéma n° 2, on s'aperçoit que l'artère sigmoïdienne inférieure, de verticale qu'elle est normalement, devient à peu près horizontale ; elle subit donc, non pas une torsion, mais une rotation à la manière d'une aiguille de montre, rotation d'environ 90°. Il n'y a donc à son niveau qu'un minimum de torsion.

Ainsi donc, non seulement la colpoplastie avec le sigmoïde nous paraît être la méthode de choix en raison de ses avantages sur les autres méthodes, mais en outre, elle doit à notre avis être faite par retournement de l'anse et abaissement en antipéristaltique.

IV. - Les résultats et les complications possibles du néo-vagin alioMien

Nous ne pouvons, à ce sujet, que rappeler l'analyse des résultats des auteurs allemands qui ont de cette chirurgie ^{une} expérience relativement grande.

- a) La péritonite par nécrose du néo-vagin doit être évitée si l'on respecte scrupuleusement les règles que nous avons envisagées concernant la vascularisation de l'anse. En outre, une bonne péritonisation remontant le péritoine le plus haut possible, non seulement diminue la profondeur du Douglas, qui est habituellement très bas situé dans l'absence congénitale de vagin, mais rendra une nécrose éventuelle sous-péritonéale. La nécessité de cette péritonisation, comme son intérêt est évidente.
- b) Le risque d'occlusion post-opératoire est celui de toute intervention abdominale ; il est rare (un cas guéri par réintervention sur les 20 cas de SCHMID) de même que celui d'abcès qui guérit par simple drainage.
- c) Le prolapsus du néo-vagin a été signalé, rarement. Il est vrai, beaucoup plus rarement qu'après colpoplastie par l'iléon dont la muqueuse glisse plus facilement sur la musculature. La suture latérale du néo-vagin aux releveurs pourrait peut-être l'éviter ainsi que la fixation haute de l'anse aboulesée. Cela a été pratiqué avec succès à titre



curatif de ces rares prolapsus.

- d) La sécrétion de l'anse sigmoïde n'est jamais importante et ne nécessite donc pas une éventuelle section secondaire tardive du pédicule pour y pallier, comme cela a été réalisé dans certains cas de néo-vagin iléaux.
- e) La possibilité de rétrécissement au niveau des releveurs a été signalée. Elle est rare (SCHMID ne l'a jamais rencontré). Dans un cas de ce genre, H.J. KRAUSE a pratiqué à travers le néo-vagin, une encorde latérale sur les releveurs, puis a placé dans le néo-vagin un dilateur laissé jusqu'à cicatrisation : il n'y a pas eu de récurrence.

Au total, les complications possibles sont très rares, elles sont en outre très facilement curables.

V. - Il ne nous reste plus qu'à envisager l'abouchement éventuel à un utérus fonctionnel d'un tel néo-vagin. Il ressort de l'étude anatomoclinique et embryologique que ces cas sont fort rares, mais ils sont du plus haut intérêt car ils permettent d'espérer une guérison, non seulement de l'absence de vagin, mais aussi de la stérilité.

Dans les cas d'aplasie vaginale partielle où il existe au-dessous du col utérin un petit dôme vaginal, le problème est simplement résolu : le néo-vagin sigmoïdien n'est pas fermé à sa partie supérieure mais

suturé en termino-terminale à ce dôme vaginal, la continuité muqueuse est ainsi rétablie.

Quand il n'y a absolument pas de dôme vaginal sous le col utérin, il est exceptionnel que ce col soit normal, mais le plus souvent, la partie intra-vaginale du col manque (son origine embryologique est en effet la même que celle du vagin) et souvent le col est imperforé. On peut alors faire une excision en cône pour créer un canal, il faudra alors, soit raccorder la muqueuse du néo-vagin à celle de l'utérus comme l'on fait après amputation du col, à la manière de STURMDORF, soit faire ce que proposait SCHUBERT, le fond du néo-vagin n'est pas complètement fermé mais on laisse à sa partie médiane un petit orifice de 1 à 1,5 cm de diamètre, cet orifice est alors suturé circulairement à la muqueuse utérine ; puis par une série de points pris un peu plus bas sur le pourtour du néo-vagin, on fixe celui-ci à la face externe du col afin de créer ainsi un museau de tanche entièrement tapissé de muqueuse. Ces techniques sont bien rarement pratiquables comme nous le verrons aux indications.

LES INDICATIONS

I.- La légitimité de l'intervention n'est plus guère discutée puisque cette dernière permet à une jeune fille de se marier, à des conjoints d'avoir une vie sexuelle normale, qu'elle permet enfin parfois la possibilité de conception et de grossesse. L'intervention permet dans certains cas de traiter la cause d'un déséquilibre psychique encore que ces cas méritent beaucoup de circonspection et nécessitent l'avis du psychiatre car ce sont ces malades déséquilibrées qui donnent le plus grand nombre d'échecs. Cependant chez des malades que leur malformation va pouvoir parfois conduire jusqu'au suicide et qui réclament à tout prix et avec persévérance la création d'un néo-vagin, l'intervention est indiquée.

II.- Il est des cas où la nécessité de l'intervention ne se discute même pas.

1°) Ce sont les cas où il existe une tuméfaction pelvienne avec douleurs cycliques ; en effet, une hématométrie comme un hémato-colpos haut situé doivent être évacués. Il est alors indiqué dans un deuxième temps opératoire de créer un néo-vagin pour donner issue au sang d'origine utérine et, puisque cet utérus est fonctionnel, pour tenter de guérir la stérilité.

- 2°) L'intervention est également indiquée chez les femmes atteintes d'absence congénitale de vagin et qui ont malgré cela des rapports sexuels, que ceux-ci soient vulvaires et douloureux, qu'ils soient intra-urétraux ou rectaux, afin de leur donner rapidement un vagin utilisable.
- 3°) Elle est indiquée chez des jeunes filles qui désirent contracter mariage, sous réserve que l'utilisation du néo-vagin soit rapide après l'intervention et sous réserve que le fiancé soit, avec l'accord de la jeune fille, d'abord prévenu de la stérilité de la jeune fille.
- 4°) Elle est également indiquée chez toutes les femmes qui, parfaitement équilibrées sur le plan psychique, désirent avoir une vie sexuelle normale.
- 5°) Par contre, l'intervention devra être refusée aux femmes qui ne s'intéressent pas à la vie sexuelle, dont le libido est quasi nulle, chez celles à psychisme déficient qui viennent un jour réclamer la création d'un néo-vagin mais sans aucune idée de suite.

III.- Quant au choix du procédé :

- I) Il nous paraît logique, lorsque le vestibule est nettement et facilement dépressible, de tenter d'utiliser la méthode de FRANK par dépression progressive. Elle a donné en effet à certaines,

d'excellents résultats. Si le résultat est insuffisant, elle n'empêche en rien une tentative chirurgicale secondaire. Par contre, il nous paraîtrait anormal de poursuivre cette méthode trop longtemps, en raison de son caractère nettement astreignant, si le résultat est trop lent ou nettement insuffisant.

- 2) Si l'utérus est normal, la création d'un néo-vagin rectal ou sigmoïdien nous paraît indiquée en raison de l'absence de rétraction en particulier à la partie haute et en raison de l'absence de sécrétion abondante, et c'est à la plastie sigmoïdienne qu'iront nos préférences pour les raisons techniques et les résultats que nous avons précédemment exposés.
- 3) Dans tous les autres cas, qui sont les plus fréquents, où l'utérus est anormal, il nous paraît qu'en raison de ses résultats, le néo-vagin sigmoïdien doit être la méthode de choix sous la réserve expresse que le chirurgien soit parfaitement entraîné à la chirurgie colique.

IV. - Quant au rétablissement de la continuité entre un néo-vagin et un utérus d'apparence normal, il est à discuter (CORDIER).

Si l'utérus est totalement normal, l'indication est évidente. Mais le plus souvent, le col intra-vaginal manque et le rétablissement d'une continuité utéro-vaginale va exposer à plusieurs types de complications.

Certes, les règles vont apparaître sous l'influence excitatrice de la formation du néo-vagin, mais l'orifice nouvellement créé va bien souvent se fermer secondairement. D'autre part, le rôle de l'isthme et du col dans l'évacuation utérine ne pouvant s'exercer normalement, la stagnation, la rétention et la stase vont bien souvent conduire à l'infection. La grossesse éventuelle (elle est rare car ni l'infection ni la stase ne la favorisent) ne pourra évoluer normalement dans de tels utérus.

Pour ces diverses raisons, s'il n'y a pas au moins un héli-utérus normal, mieux vaut faire une hystérectomie sans se lancer dans des opérations acrobatiques qui finiront tôt ou tard par l'hystérectomie.

CONCLUSIONS

L'absence congénitale de vagin a fait, depuis fort longtemps, l'objet de multiples tentatives de traitement chirurgical, dont les résultats ont été bien souvent décevants.

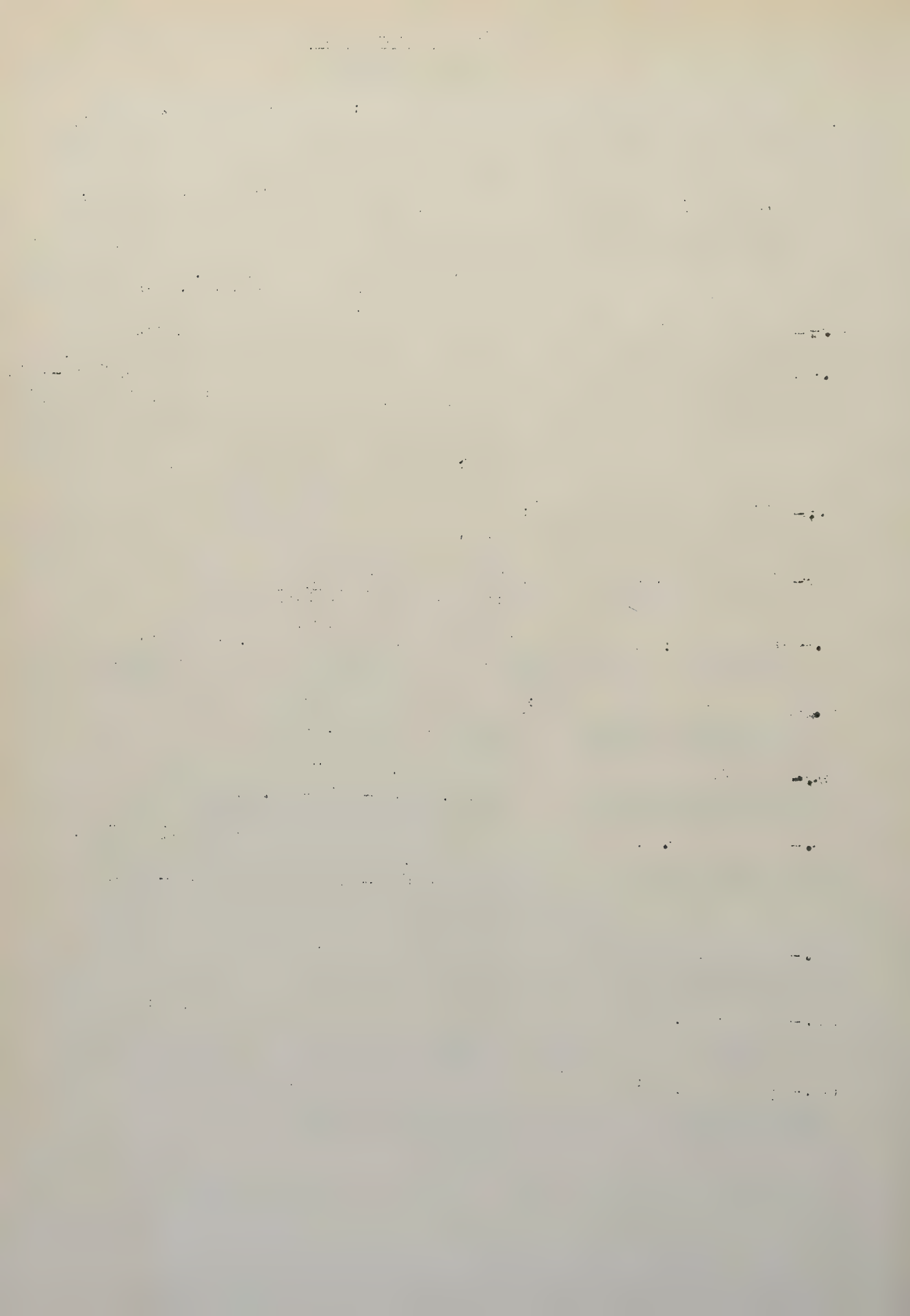
Parmi les techniques utilisées, la plastie à l'aide du colon sigmoïde a donné, sans conteste, à ceux qui l'ont employée, les meilleurs résultats ; la qualité de cette plastie nous fait penser que cette reconstitution vaginale approche de l'idéal. Cette technique, la plus couramment utilisée en Allemagne et dans les pays de l'Est, n'a guère été pratiquée en France et cela nous semble regrettable.

Le danger, attribué à cette méthode ne nous paraît pas réel, ou du moins ne nous paraît plus réel actuellement.

Cette colpoplastie par le sigmoïde doit, à notre avis, être réalisée le plus souvent, non pas dans le sens péristaltique (segment distal de l'anse en bas) mais par retournement en antipéristaltique, la sigmoïdienne inférieure constituant le pédicule nourricier principal. Ce procédé nous semble être le plus simple, le plus facile à exécuter, le plus bénin ; il rend en outre la colpoplastie par le sigmoïde pratiquement toujours possible.

BIBLIOGRAPHIE

- 1.- AELINE et HUGUIER : Mémoires de l'Académie de Chirurgie
1951 - T 77 p.173
- 2.- AELINE, CORDIER, E. NERVET, RUSSET, MOULONGUET, ROBERT,
THOYER-ROZAT et VILLAIN, SICARD :
Bulletin de la Fédération des Sociétés
de Gynécologie
Séance du 6.2.61 - T 13 p.113
- 3.- BROCC et ROBERT : Précis de Gynécologie - MASSON
- 4.- BROCC et ROBERT : A propos de l'opération de BALDWIN - MORI
Technique, résultats, discussion critiques
des divers procédés.
Gynécologie Obstétrique
1951, 50, n° 3, p.229 - 259
- 5.- CORDIER et MALINAS : Mémoires de l'Académie de Chirurgie
1951 - T 77 p.149
- 6.- COTTE et SANTY : Lyon Chirurgical
1948 - T 43 p. 257
- 7.- GRANJON : Encyclopédie Médicochirurgicale. - Traitement de
l'absence congénitale de vagin.
- 8.- HEJDUCK BOHDAN : Journal de clinique
1935 - T 46 p. 316
- 9.- HEJDUCK BOHDAN : Zentralblatt für Gynécologie
10.6.1939 - 63 - p. 1298 - 1309
- 10.- KRAUSE H.J. : Plastie Vaginale avec le Signoïde.
Chirurg. (Berlin)
Mars 1959 - T 30 - p. 119 - 123
Biblio
- 11.- MALINAS Y. : Thèse Paris 1951
Biblio
- 12.- PATEL J. : Nouveau précis de Pathologie Chirurgicale
Masson
- 13.- QUENU J. : Traité de Technique Chirurgicale
Masson



- I4.- ROBERT H.G. : L'absence congénitale de vagin et son traitement
chirurgical.
Semaines des Hopitaux
18.10.51 - p. 3032 - 3039
- I5.- ROBERT H.G. : Traitement chirurgical par voie abdominale des
grandes aplasies vaginales
Bulletin Féd. Sociétés Gynécologiques
1955 - T VII n° 2 bis p. 71 - 87
(Congrès de Bruxelles)
Biblio
- I6.- ROBERT H.G. : Avenir des épithéliums transplantés dans la
chirurgie de l'absence de vagin
Gynécologie obstétrique
1961 - T 60 p. 249 - 258
- I7.- SENEQUE J. et ROBERT H.G. : Traité de Thérapeutique chirur-
gicale
T V - Masson
- I8.- SCHMID : Bulletin Féd. Soc. Gynécologiques
1955 - T VII p. 400
- I9.- SICARD : Néo-vagin par simple épidermisation sur moule.
Mémoires de l'académie de chirurgie
1951 - T 77 - p. 169
- 20.- SIRBU, MUDRIC et SUCIU : Technique de colpoplastie avec le
sigmoïde dans le traitement de l'aplasie
congénitale de vagin.
Presse Médicale
1962 - T 70 p. 449
Biblio
- 21.- SNOECK et ROCMANS : 8 cas d'absence congénitale de vagin
traités chirurgicalement.
Bruxelles Médical
1950 - T 30 p. 683.

Vu : Le Doyen : Léon BINET

Vu : Le Président : Marcel ROUX

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris : J. ROCHE

